



I z k u š n j e
V z t r a j n o s t
Z r e l o s t

**VZGOJA ZA ZDRAVJE
ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE (0 - 19 let)
V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU
V SLOVENIJI**

Avtorici gradiva:

Helena Koprivnikar, dr. med.

Vesna Pucelj, prof. zdr. vzg.

Inštitut za varovanje zdravja RS

Izdajatelj:

Inštitut za varovanje zdravja RS

Recenzija:

Asist. Mojca Gabrijelčič, dr. med.

Inštitut za varovanje zdravja RS

Lektura:

Gradivo ni lektorirano.

Leto izdaje:

2010

Elektronski vir.

Objavljeno na spletni strani ivz.rs.si

Pregled stanja s predlogi je bil pripravljen v okviru Letnega plana nalog IVZ RS 2009.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(497.4)(0.034.2)
613:37(0.034.2)

KOPRIVNIKAR, Helena

Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji [Elektronski vir] : pregled stanja s predlogi : strokovna monografija / avtorici gradiva Helena Koprivnikar, Vesna Pucelj. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010

Način dostopa (URL): <http://www.ivz.si>

ISBN 978-961-6659-62-8

1. Pucelj, Vesna, 1971-
249728512

Inštitut za varovanje zdravja RS

**VZGOJA ZA ZDRAVJE
ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE (0 - 19 let)
V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU
V SLOVENIJI**

Pregled stanja s predlogi

Strokovna monografija

Inštitut za varovanje zdravja

December 2009

VSEBINA

1. POVZETEK	7
2. UVOD	16
2.1. Otroci in mladostniki	16
2.2. Pomen vlaganj v zdravje otrok in mladostnikov	16
2.3. Zdravje in pomembnejši zdravstveni problemi otrok in mladostnikov v današnjem času	17
2.4. Mednarodni dokumenti o zdravju otrok in mladostnikov	19
2.5. Pomembnejši vidiki učinkovitosti politik in programov promocije zdravja	21
2.6. Promocija zdravja za otroke in mladostnike	22
2.7. Vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja	22
3. VZGOJA ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE, KI JO IZVAJA ZDRAVSTVENI DELAVEC IZ PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	24
3.1. Uvod	24
3.2. Vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva v okviru primarnega zdravstvenega varstva	24
3.3. Vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva v šolskem okolju	25
3.4. Pregled organiziranosti in izvajanja vzgoje za zdravje za otroka in mladostnika, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva, v različnih državah	25
3.4.1. Primerjava sistemov t.i. "well child care" pri predšolskih otrocih v 11 državah	26
3.4.2. ZDA	29
3.4.3. Finska	34
3.4.4. Švedska	36
3.4.5. Velika Britanija	38
3.4.6. Danska	42
3.4.7. Avstralija	42
3.5. Vsebine vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva	42
3.5.1. Mednarodni dokumenti	42
3.5.2. Učinkovitost vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva	45
3.5.3. Učinkovitost vzgoje za zdravje v okviru šol	51
3.6. Nekateri pomembnejši elementi vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva	51
3.7. Kvaliteta in mere kvalitete izvajanja	55

4. SLOVENIJA: TRENUTNO STANJE NA PODROČJU VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE, KI JO IZVAJA ZDRAVSTVENI DELAVEC IZ PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	59
4.1. Uvod	59
4.2. Otroci in mladostniki v Sloveniji	59
4.3. Zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji	59
4.4. Predpisi glede vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v Sloveniji	63
4.5. Organizacija vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji	72
4.6. Financiranje izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike	73
4.7. Izvajanje in poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje	75
4.8. Posamezne raziskave na področju izvajanja vzgoje za zdravje v Sloveniji	78
4.8.1. Raziskava med izvajalci vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike	78
4.8.2. Poglobljeni intervjuvi: regionalne koordinatorice in posamezne izbrane izvajalke vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih	82
5. USMERITVE IN PREDLOGI ORGANIZACIJE IZVAJANJA VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE V PRIMARNEM ZDRAVSTVU V SLOVENIJI V BODOČE	108
6. PRILOGE	121
6.1. Predlog akcijskega načrta vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, IVZ RS, 2007	121
7. LITERATURA	149

Opomba: Vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike izvajajo predvsem izvajalke ženskega spola, to so medicinske sestre, zato v celotnem poročilu zaradi poenostavitve navajamo izraz izvajalke vzgoje za zdravje in s tem označujemo izvajalce obeh spolov.

1. POVZETEK

Zdravje otrok in mladostnikov je tesno povezano z zdravjem celotne populacije in uspešnostjo družbe, zato je pomembno, da za čim boljše zdravje otrok in mladostnikov vlagamo v ustrezne aktivnosti in programe. Podlage za tovrstno delovanje in pregled prioritet dajejo številni mednarodni dokumenti in mednarodne organizacije, s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) na čelu.

Zdravje otrok in mladostnikov je danes vedno bolj odvisno od družbenih in okoljskih dejavnikov ter dejavnikov v skupnosti. Prevzemanje nezdravega življenjskega sloga in tveganih vedenj v otroštvu in adolescenci vodita v vzdrževanje teh navad in v nenalezljive kronične bolezni in druge zdravstvene težave, lahko že v otroštvu in adolescenci, predvsem pa v odrasli dobi. V Evropski regiji SZO so prav kronične nenalezljive bolezni najpomembnejši vzrok bremena bolezni. Spodbujanje zdravega življenjskega sloga in preprečevanje prevzemanja nezdravega življenjskega sloga ter tveganih vedenj, vključno z zmanjševanjem neenakosti, pri otroku in mladostniku, privede do zmanjšane obolevnosti in umrljivosti v populaciji.

Potrebno je vzpostaviti komplementarne strategije zdravja, v katere zajamemo bolezni in življenjske stile, ki so pomembni pri bremenu bolezni odraslih in otrok, ne glede na raznolikosti. Intervencije morajo biti prilagojene lokalnim okoliščinam, tako razvitosti in organizaciji zdravstvenega sistema v državi, njegovim močnim platem, šibkostim, infrastrukturi, pokritosti in koriščenju, možnostim financiranja, dostopnim virom, pa tudi širšim kulturnim in družbenim značilnostim ter željam in pričakovanjem vseh vpletenih deležnikov.

Za zdravje otrok in mladostnikov je odgovorna tako družina kot tudi vrsta institucij: od države, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega in socialnega sistema ter drugih. V okviru omenjenih sistemov je mogoče ustvariti pogoje za zdrav in vsestranski razvoj otrok in mladostnikov, ki vključuje tudi dobro zdravje. Vsaka od omenjenih institucij se odgovorna za določen del skrbi za zdravje otroka in mladostnika. V skrb za zdravje sodi tudi učenje, informiranje, ozaveščanje o zdravju in zdravem načinu življenja. Promocija zdravja, preventivne dejavnosti, vključno z zmanjševanjem neenakosti, so pomemben način delovanja na področju zdravja otrok in mladostnikov. Vzgoja za zdravje, ki jo pri otrocih in mladostnikih izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva, je eden od koščkov mozaika tovrstnih dejavnosti. Vzgojo za zdravje lahko zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega okolja izvaja v okviru zdravstvene institucije v primarnem

zdravstvenem varstvu, lahko pa tudi izven in sicer v šolah, vrtcih, družinah, lokalni skupnosti in drugje. Ne glede na to, kje se programi vzgoje za zdravje za zdravje izvajajo, morajo biti programi celostni, dolgoročni in intenzivni. Vsebine si morajo slediti spiralno in se nagrajevati glede na starostno skupino otrok in mladostnikov. Najbolje je, da se vsebine vsebinsko dopolnjujejo z vsebinami, ki se izvajajo v okviru šolskega sistema. Pri tem je potrebno upoštevati tudi to, katere vsebine so tiste, ki so bolj primerne za izvajanje v okviru zdravstvenega sistema in katere so bolj primerne za šolski prostor. Prav tako je pomembno, da se upošteva tudi vidik otrok in mladostnikov ter njihov željo po ključnem informatorju za določeno vsebino. Vezi in zaupanje, ki se ustvarijo med informatorjem (zdravstveni ali pedagoški delavec) in otrokom, so prav tako zelo pomembne.

Večina razvitih držav ima v osnovi podobno organiziran sistem glede pristopa k zdravju otrok in sicer s periodičnimi obiski in usmerjenim svetovanjem oziroma vzgojo za zdravje. Kljub nekaterim podobnostim med sistemi je zaradi raznolikosti in kompleksnosti teh sistemov nemogoča enostavna primerjava sistemov med seboj. Prav tako nam niso dostopni podatki o izvajanju in kvaliteti teh storitev v primerljivih državah. Ne glede na razlike, pa strokovnjaki iz različnih držav poudarjajo, da je potrebno vzgoji za zdravje dati ustrezen obseg in pomen, ki pa sta večja, kot ju ima vzgoja za zdravje v tem trenutku.

V zdravstvenem sistemu je vzgoja za zdravje običajno del sistema spremljanja zdravja otrok in mladostnikov, katerega cilj je zagotavljanje optimalne rasti in razvoja otrok in mladostnikov in preprečevanju bolezni in poškodb. Spremljanje zdravja otrok in mladostnikov se izvaja v obliki periodičnih pregledov, ki med drugim vsebujejo tudi usmerjeno oziroma starostno specifično svetovanje in vzgojo za zdravje. Programe vzgoje za zdravje izvajajo predvsem medicinske sestre, ki naj bi se pri svojem delu povezovale z zdravniki predšolskih in šolskih otrok ter s strokovnjaki drugih specialnosti. V večini evropskih razvitih držav se vzgoja za zdravje ločuje od sistema akutne oziroma kronične oskrbe pri zdravniku. Vzgoja za zdravje je v okviru omenjenih sistemov dostopna vsakomur in brezplačna.

Potrebe posameznih otrok in družin se zelo razlikujejo, zato se programi vzgoje za zdravje pogosto delijo na osnovne, namenjene otrokom, ki se zdravo razvijajo in dodatne, namenjene družinam in otrokom s specialnimi potrebami in težavami. Vsebine vzgoje za zdravje niso namenjene izključno telesnim dejavnikom, pač pa so zastavljene širše in glede na starost otroka zajemajo vzgojo, čustva, veščine idr. Države stremijo k enotnosti vsebin in predvsem iz novejših dokumentov, torej nacionalnih priporočil, je razvidno, da želijo predpisati minimalne standarde, ki jih morajo enotno prejeti vsi otroci. Poudarjajo tudi

pomembnost spremljanja in vrednotenja tega dela, ki je sicer težavno, a imajo predpisane določene kazalnike.

V številnih državah pa zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre, izvajajo programe vzgoje za zdravje tudi izven zdravstvenega sistema, v šolah, vrtcih, družinah idr. Učinkoviti programi zdravja v šolah so lahko ena najbolj učinkovitih investicij glede na stroške, ki lahko istočasno izboljšajo zdravje in izobrazbo. SZO podpira šolske programe za zdravje kot strateško orodje za preprečevanje pomembnih dejavnikov tveganja za zdravje med mladimi. Države se različno odločajo, kje bo delovno mesto sestre, ki izvaja vzgojo za zdravje na šolah, nekatere jo umeščajo v šole, druge pa v geografsko dostopne centre s pogosto prisotnostjo sestre na šolah. Sestra naj bi se vključevala v vsakodnevno delo šole na področju zdravja. Potrebno je poudariti, da te sestre ne izvajajo le vzgoje za zdravje, pač pa številne druge storitve, tudi preventivne preglede, kar lahko pomeni tudi, da se vzgoja za zdravje zaradi drugih obremenitev morebiti ne izvaja v ustreznem oziroma predpisanem obsegu (če je obseg izvedbe predpisan, kajti marsikje ni točno predpisan). Pogostost kontaktov sester z otroci pri izvajanju vzgoje za zdravje je do neke mere možno razbrati iz priporočil. Kolikor lahko razberemo iz omejenih podatkov je kontakt vsaj enkrat letno, več je kontaktov pri mlajših otrocih (predšolskih). Ker sestre izvajajo še druge storitve, naj bi vsak kontakt izkoristile za individualno vzgojo za zdravje. Koliko je skupinske vzgoje za zdravje, ni možno razbrati. Pogosto se tudi omenja prisotnost velike raznolikosti pri izvajanju vzgoje za zdravje med posameznimi izvajalci. Glavne ovire za izvajanje vzgoje za zdravje, ki jih posamezne države in raziskave navajajo, so predvsem sistemske in sicer pomanjkanje časa, kadrov ter problemi z načini plačevanja teh storitev. Omenja se tudi pomanjkanje stalnosti oskrbe in pomanjkanje znanja in izkušenj pri izvajalcih.

Različne države so torej usmerjene k pripravi navodil in priporočil za čimbolj enotno izvajanje, pa tudi spremljanje in vrednotenje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki vsebujejo starostne in vsebinske opredelitve sistema. Obstoječa priporočila in pa države, ki so uvedle tovrstne sisteme, tudi Slovenija, teh sistemov ne morejo osnovati na obsežnih znanstvenih dokazih o učinkovitosti. Raziskav, ki bi vrednotile vzgojo za zdravje pri otrocih in mladostnikih v okviru primarnega zdravstvenega varstva, je namreč trenutno zelo malo. Trenutni sistem pravzaprav zaradi pomanjkanja dokazov o učinkovitosti večine priporočenih aktivnosti in storitev ne more biti ravno znanstveno osnovan. Le posamezna področja imajo zadosten obseg dokazov o učinkovitosti (preprečevanje poškodb, izpostavljenost otrok tobačnemu dimu, nenadna smrt dojenčka, dojenje). Kljub temu pa nihče ne more trditi, da je preventivno delovanje pri otrocih in mladostnikih nesmiselno ali neučinkovito, saj gre le za pomanjkanje dokazov, ker raziskave niso bile opravljene in ne za dokaze o neučinkovitosti teh pristopov. Pomembno je tudi, da se zavedamo, da je samo svetovanje zdravnikov

oziroma sester s ciljem spremembe vedenja neučinkovito, v kolikor ni podprto z družbenimi normami in ukrepi.

Tudi učinkovitost programov in aktivnosti, ki jih izvajajo zdravstveni delavci v šolah je trenutno malo raziskano področje, zato bo v prihodnosti potrebnih več raziskav učinkovitosti njihovega dela. Vendar pa trenutno pomanjkanje dokazov in raziskav tudi na tem področju ne sme biti ovira za delovanje. Med petimi zdravstvenimi potrebami otrok v šolskem obdobju so namreč med drugimi pomembna prav vzgoja za zdravje, podpora družinam in zaupno svetovanje posameznim otrokom in mladostnikom.

Za učinkovito vzgojo za zdravje je čas, namenjen vzgoji za zdravje, zelo pomemben dejavnik, prav tako tudi določen obseg ponavljanja vsebin z enakovrednimi sporočili iz različnih virov. Kratki individualni posveti naj bi sicer bili zmerno učinkoviti, kratki pogovori o zelo občutljivi temi pa vendarle lahko celo škodljivi. Starši, otroci, mladostniki morajo imeti možnost, da odprejo vse pereče teme, torej, da imajo zdravstveni delavci na voljo zadosti časa zanje in za njihova vprašanja. Zaradi hitrega razvoja otroka in mladostnika, morajo biti kontakti pogosti, da ne zamudimo priložnosti za podajanje informacij in preprečevanje težav, prevzemanja tveganih vedenj in motenj v zdravju. Kontinuiteta obravnave pri istem zdravstvenem delavcu je morda lahko koristna. Vzgoja za zdravje mora biti del obsežnega programa, ki je vpet v sistem ter ima zagotovljeno spremljanje in vrednotenje.

Pri snovanju sprememb sistema vzgoje za zdravje je zelo pomembno, da poznamo pričakovanja, želje, možnosti in značilnosti vseh vpletenih v sistem, torej tako izvajalcev (sestre, zdravniki, različni strokovnjaki, ki sodelujejo) kot prejemnikov (starši, otroci, mladostniki). Le tako lahko pripravimo učinkovit in sprejemljiv sistem vzgoje za zdravje in ugodno vplivamo na zdravje otrok in mladostnikov.

V Sloveniji je preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine natančneje opredeljeno z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Navodila opredeljujejo nosilce (tim, vodja je zdravnik), normative (število otrok, mladostnikov, študentov na tim zdravnika), načrtovanje dela ob istočasnem analiziranju preteklega dela s predlogi izboljšav, nadzor (odgovorni zdravnik), dostopnost do preventivnih dejavnosti za ciljne skupine in omenjajo tudi vpletenost drugih skupin, izven skupine otrok in mladostnikov (to je staršev in vzgojno-izobraževalnega osebja).

Navodila opredeljujejo tri vrste pristopov k preventivnemu zdravstvenemu varstvu na primarni ravni za otroke in mladostnike in sicer sistematične preglede, namenske preglede in programirano zdravstveno vzgojo, ki večinoma vsebujejo tudi vzgojo za zdravje. Pri

predšolskih otrocih se izvede najmanj 8 sistematičnih pregledov, pri šolskih pa 7. Navodila v ničemer ne obvezujejo izvajalcev, da ob sistematičnih in namenskih pregledih dejansko izvedejo vzgojo za zdravje oziroma, da izvajajo programirano zdravstveno vzgojo, ne določajo časovnih okvirjev (razen največje velikosti skupine v rednem delovnem času) niti za izvajanje, niti za pripravo na izvajanje, teme so široko določene ali sploh niso določene, se ponavljajo ali so nedorečene in dejansko prepuščene izvajalcu in njegovi presoji. Tako npr. življenjski stil staršev v najzgodnejšem otroštvu ni omenjen nikjer, je pa dejansko zelo pomemben za zdravje otroka. Prav tako v prvem letu življenja pri vseh petih sistematičnih pregledih omenjajo iste teme, pri 3. in 5. letu starosti tem ni navedenih, prav tako ne v celotnem osnovnošolskem in srednješolskem obdobju, razen na splošno. Navodila ne opredeljujejo vzgoje za zdravje, ki naj bi jo izvajalec izvajal izven zdravstvenega sistema, torej v šoli, vrtcih ipd, razen posredno pri programirani zdravstveni vzgoji.

Nosilci vzgoje za zdravje v primarnem zdravstvenem varstvu so torej timi, ki jih vodijo zdravniki, vzgojo za zdravje pa v praksi večinoma izvajajo medicinske sestre. Trenutno imamo na voljo podatke o nosilcih vzgoje za zdravje, točnega podatka o tem, koliko sester v Sloveniji trenutno izvaja vzgojo za zdravje, pa nimamo. Iz podatkov o nosilcih ni možno razbrati, koliko časa ali kadrov se nameni vzgoji za zdravje. Glede na število nosilcev je možno le oceniti usklajenost z obstoječimi normativi za time, za sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, pa normativi niso določeni.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za izvajanje zdravstvene vzgoje in nekaterih preventivnih programov v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni plačuje v obliki pavšalnega zneska. ZZZS v skladu s Splošnim dogovorom in Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost spremlja podatke o izvajanju programov, ki se plačujejo v pavšalu. Sem so zajeti tudi zdravstvena vzgoja za otroke in mladostnike, vendar pa te dejavnosti niso standardizirane, torej ni natančneje določeno, kaj je potrebno za plačilo izvesti. Izvajalci o svojem delu poročajo območnim enotam ZZZS dvakrat letno in sicer za prvo polletje ter celo koledarsko leto.

Pomemben kazalec dostopnosti zdravstvenega varstva je izvedba preventivnega programa predpisanega za posamezno starost. Odstopanja ter neredno preventivno zdravstveno varstvo so izgubljene priložnosti za preprečevanje pa tudi zgodnje odkrivanje bolezni in zdravstvenih stanj pri otroku in mladostniku ter vzgojo za zdravje. Delež sistematično pregledanih otrok je načeloma visok in preko 80%, predvsem pri predšolskih pa tudi šolskih otrocih. Vendar pa nam ti podatki dajo le vpogled v delež sistematično pregledanih otrok, ne pa tudi koliko jih je bilo dejansko deležnih vzgoje za zdravje.

Iz dostopnih podatkov je torej le delno možno razbrati, kakšen je obseg izvedbe vzgoje za zdravje v Sloveniji. Zato smo izvedli raziskavo in poglobljene intervjuje na to temo, območni zavodi za zdravstveno varstvo pa izvajajo tudi obsežnejše ankete in fokusne skupine med izvajalci zdravstvene vzgoje za še bolj poglobljeno osvetlitev področja. V raziskave smo vključili predvsem medicinske sestre, saj so glavne izvajalke vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Poglobljene intervjuje smo opravili tudi s koordinatoricami vzgoje za zdravje na zdravstvenih regijah. Zaenkrat v Sloveniji še nismo opravili nobenih raziskav med prejemniki storitev vzgoje za zdravje, to so starši in otroci ter mladostniki in zato njihovih želja, pričakovanj, možnosti in značilnosti v povezavi z vzgojo za zdravje, ne poznamo.

Na raziskavo so odgovarjale sestre, ki so se same odločile za sodelovanje glede na povabilo, za intervjuje pa smo načeloma izbrali primere dobre prakse (z izjemo koordinatoric, kjer smo govorili z večino koordinatoric v Sloveniji), zato je lahko slika izvajanja vzgoje za zdravje predstavljena v lepši luči, kot je dejansko stanje.

Vzgoja za zdravje se po Sloveniji izvaja zelo neenotno in neenakomerno, zato o zagotavljanju enotnih standardov za vse otroke in mladostnike v tem trenutku ne moremo govoriti. Tako stanje je povezano s pomanjkanjem enotnih smernic, vsebin in programov, raznoliko naklonjenostjo vodstev ZD do vzgoje za zdravje, trenutno slabim uvidom v pomembnost vzgoje za zdravje nasploh pri nas, plačevanjem v obliki pavšala in netransparentnostjo financiranja, pomanjkanjem spremljanja izvajanja in vrednotenja učinkovitosti, pomanjkanjem ustreznih izobraževanj za izvajalke, pomanjkljivo zasnovano koordinacijo izvajanja, kadrovskim pomanjkanjem, slabo organizacijo dela (ločevanje med preventivo in kurativo) in pomanjkanjem časa, pomanjkanjem prostorov, didaktičnih pripomočkov, zastarelim poročanjem, pomanjkanjem povratnih informacij idr.

Največ sester izvajalk vzgoje za zdravje ima osnovno delovno mesto v dispanzerjih za predšolske oziroma šolske otroke (približno 70%). Delež delovnega časa, ki ga sestre dejansko namenijo temu delu je 10-20% pri predšolskih otrocih in 40% pri šolskih otrocih. Večina sester navaja, da izvajajo vzgojo za zdravje ob sistematičnih pregledih. Večinoma se vzgoja za zdravje ob sistematičnem pregledu izvaja v obliki predavanja in/ali pogovora, pogosto se uporablja tudi različne demonstracije. Pri tem se običajno vedno uporabi tudi dostopna gradiva. Izvajalke izvajajo vzgojo za zdravje tudi izven zdravstvenih ustanov, predvsem v šolah. Na večini šol na svojem območju izvaja vzgojo za zdravje manj kot polovica izvajalk, nikoli pa 20% izvajalk. S šolami sodelujejo predvsem na željo šole, le v tretjini primerov gre za bolj sistematično in dogovorjeno sodelovanje s šolami. Sodelovanje s

šolami je zelo različno, od zelo dobrega do nikakršnega in je odvisno od vodstva šole, značilnosti in entuziazma izvajalke, kadrovske možnosti za izvajanje vzgoje za zdravje in še številnih drugih dejavnikov. V večini primerov se vzgoja za zdravje v šolah izvaja v obliki predavanj, delavnic, naravoslovnega dneva, tudi predavanj za starše ter učitelje. Izvajalke ocenjujejo delo na šolah kot pomembno in poudarjajo pomen usklajenosti njihovega dela z učnim načrtom.

V primeru ugodnih pogojev za izvajanje vzgoje za zdravje, ki so predvsem prisotni na manjših področjih z ugodno kadrovske strukturo, podporo vodstva ZD in entuziazmom izvajalke, primeri dobre prakse kažejo, da je možnih in izvedljivih veliko novih, uspešnih pristopov k izvajanju vzgoje za zdravje, pogosti stiki z otroci in mladostniki in kontinuirano izvajanje. To velja tako za predšolsko kot šolsko obdobje.

Vrednotenje učinkovitosti izvajanja vzgoje za zdravje je prepuščeno izvajalkam in je neenotno in raznoliko. Spremljanje izvajanja vzgoje za zdravje je prav tako potrebno prenove.

Vrednotenje dela izvajalk vzgoje za zdravje ni ustrezno, saj obsega le vrednotenje dela glede na število udeležencev, kar ni ustrezno, obenem pa tudi ne vseh ostalih načinov dela, obenem pa tudi ne vključuje priprav, potovanj do ciljnih skupin, udeležbe na izobraževanjih, sestankih na regijah ali na nacionalnem nivoju.

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni trenutno ne določajo točneje vloge in kompetenc ter odgovornosti koordinatorskega delavca na območnem zavodu za zdravstveno varstvo. Prav zato so na delo koordinatorskega delavca za zdravje pogledi različnih skupin (izvajalci, ZD, sestre, zdravniki) različni in je tudi obseg izvajanja koordinatorskega dela zelo različen po posameznih zdravstvenih regijah. Na vsaki zdravstveni regiji je v okviru območnega zavoda za zdravstveno varstvo sicer določena oseba, ki koordinira izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike (in običajno tudi druge preventivne programe), vendar so njihovi pristopi h koordinatorskemu delu zelo raznoliki, od organizacije sestankov in strokovne podpore pa vse do letnega načrtovanja dela in sodelovanja s šolami in ZD. Nacionalna koordinacija prav tako ni ustrezno vzpostavljena zaradi podobnih razlogov, predvsem pomanjkanja jasne opredelitve dela in kompetenc nacionalnega koordinatorskega delavca.

Na osnovi zbranih podatkov o vzgoji za zdravje iz strokovne literature, sistemov organizacije vzgoje za zdravje v drugih državah in pregleda stanja na tem področju v Sloveniji, smo pripravili usmeritve in predloge za organizacijo vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike od

rojstva do dopolnjenega 19. leta starosti v Sloveniji v bodoče. V tem ločenem pregledu pridobljene podatke, usmeritve in predloge za vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike je potrebno za celovito obravnavo sistema preventivnega zdravstvenega varstva naknadno vpeti v celoto. Predlog sprememb je potrebno tudi uskladiti z morebitnim predlogom sprememb izvajanja sistematičnih pregledov otrok in mladostnikov ter dodatnimi podatki, ki jih bomo pridobili iz dodatno opravljenih raziskav med izvajalkami vzgoje za zdravje.

Ob prenovi sistema izvajanja vzgoje za zdravje je pomembno, da vzpostavimo čimbolj enostaven in pregleden sistem za poenotenje izvajanja vzgoje za zdravje po celi Sloveniji s ciljem, da dosežemo enotni standard znanja med otroci, mladostniki, starši in izvajalci vzgoje za zdravje.

Nosilka in osnovna izvajalka vzgoje za zdravje naj bo diplomirana medicinska sestra (DMS). Poleg nje vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike izvajajo v okviru svojega rednega dela tudi zdravniki in sestre v dispanzerjih, kjer delajo s predšolskimi in šolskimi otroci in mladostniki, fizioterapevti, psihologi in drugi relevantni strokovnjaki, s katerimi se DMS povezuje in sodeluje. DMS naj bo praviloma zaposlena v ločenem organizacijskem delu ZD, ki smo ga zaradi poenostavitve besedila trenutno poimenovali enota za vzgojo za zdravje (EVZZ). Potrebno je pripraviti delovne normative za DMS, ki bodo izvajale vzgojo za zdravje. Vsebine in programi morajo biti v določeni meri nacionalno enotni in predpisani v tolikšnem obsegu in podrobnostih, da bomo dosegli enotni sistem izvajanja in enotni standard znanja na tem področju za vse ciljne skupine v Sloveniji. Predlagamo, da izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike predpišemo v obliki programa z nazivom Program vzgoje za zdravje za otroka in mladostnika (PVZZOM), ki mora biti predpisan in obvezen ter vsebuje osnovni, obvezni del in tudi prilagodljivi del. Pripravljen mora biti medsektorsko in povezovati najpomembnejše akterje kot so zdravstveni, šolski, socialni in družinski sektor. Teme, pristopi in didaktični pripomočki za posamezne starostne skupine morajo biti pripravljeni in usklajeni nacionalno na IVZ RS ter usklajeni z regijami, odobreni s strani ustreznih RSK-jev, enotno izvajani ter redno vrednoteni in predmet prenove po potrebi.

Potrebno je okrepiti in poenotiti izvajanje vzgoje za zdravje tako v predšolskem kot šolskem obdobju. Vzgoja za zdravje za predšolske otroke naj se izvaja v okviru sistematičnih in namenskih pregledov ter okrepljeno izven omenjenih pregledov in sicer v ZD, vrtcih in v drugih relevantnih ustanovah ali lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za predšolske otroke izvajajo zdravniki in sestra v dispanzerju za predšolske otroke in DMS iz EVZZ. Vzgoja za zdravje za šolske otroke naj se izvaja v okviru sistematičnih pregledov ter okrepljeno izven sistematičnih pregledov, predvsem v šolah, tako osnovnih kot srednjih, pa tudi v drugih

relevantnih ustanovah ali lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za šolske otroke izvajajo zdravniki in sestre v dispanzerju za šolske otroke in DMS iz EVZZ. Menimo, da bi bilo optimalno, da bi dosegli skupno pogostost kontaktov DMS iz EVZZ enkrat do dvakrat letno z vsako ciljno skupino, vsak v trajanju od 1 do nekaj ur, odvisno od programa in ciljne skupine. Letni kontakti so nujni zaradi hitrega razvoja in sprememb pri otroku in mladostniku in tako si ne moremo privoščiti zamujenih priložnosti za delovanje.

Predlagamo, da se DMS pred nastopom dela na področju izvajanja vzgoje za zdravje dodatno izobrazijo v predpripravljenih oblikah izobraževanja, poleg tega pa znanja pridobivajo naknadno tudi skozi dodatna redna letna izobraževanja. Predlagamo letna srečanja izvajalk na nacionalnem nivoju ter redna srečanja, ki jih organizirajo regijski koordinatorji vzgoje za zdravje za pridobivanje znanj, izmenjavo dobrih praks in izkušenj.

Ob spremembi sistema izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike je potrebno natančno opredeliti potrebne vire, tako človeške kot tudi materialne. Trenutno nimamo na voljo zadosti podatkov, da bi pripravili normative in potrebe po DMS za izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike.

Predlagamo, da se v navodilih tudi določijo kompetence in naloge nacionalnega in regijskih koordinatorjev, predlog katerih v poročilu tudi navajamo. Menimo, da bo opredelitev kompetenc in nalog zagotovila, da se koordinacija izvajanja vzgoje za zdravje izvaja enotno po vseh zdravstvenih regijah. Sedež regijskih koordinatorjev vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike naj bo na območnih zavodih za zdravstveno varstvo, kot tudi sedaj, sedež nacionalnega koordinatorja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike pa na IVZ RS. Število regijskih koordinatorjev za vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, potrebnih na posamezni zdravstveni regiji, mora biti določeno glede na obseg nalog, ciljnih skupin in kompetenc koordinatorja v kombinaciji z izbranim kriterijem velikosti območja (število izvajalcev ali izvajalskih točk ter velikost območja v smislu razdalj).

Trenutno poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje ni ocenjeno kot ustrezno. Sistem je potrebno prenoviti in poenostaviti z uvedbo kazalnikov, ki nam dali ustrezen vpogled v obseg in kakovost izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na nacionalnem in regionalnem nivoju in ki bodo primerljivi med posameznimi zdravstvenimi regijami in izvajalskimi točkami. Glede na trenutno dostopne podatke predlagamo redno in poenoteno spremljanje kratkoročnih kazalnikov na nivoju procesov in izhodov, načine spremljanja kratkoročnega doseganja standardov ter način dolgoročnega spremljanja učinkovitosti.

2. UVOD

2.1. Otroci in mladostniki

Otroci in adolescenti predstavljajo okoli 40% svetovnega prebivalstva in sodijo med najbolj ranljive skupine. Čas otroštva in adolescence (1) obsega obdobje in zdravje dojenčka, predšolskega otroka, starejšega otroka in adolescenta vse do dopolnjenega 18. oziroma 19. leta starosti (2-4). Otroci in adolescenti imajo edinstvene zdravstvene in razvojne potrebe (5). Znotraj celotne skupine otrok in adolescentov se posamezne skupine razlikujejo po stopnji razvoja, tveganjih in determinantah zdravja in potrebah po zdravstvenih storitvah in javnozdravstvenih ukrepih (6).

2.2. Pomen vlaganj v zdravje otrok in mladostnikov

Obstajajo pomembni razlogi za to, da se osredotočimo na zdravje otrok in mladine z ustreznimi aktivnostmi in vlaganji:

1. V Evropski uniji se rojeva vedno manj otrok, ti pa bodo imeli dolgo življenjsko dobo. Pomembno je, da zagotovimo vse možne ukrepe, da bodo ti otroci odraščali v zdravju in vzdrževali zdravje tudi v poznih letih (4,6,7).

2. Zdravje v otroštvu določa zdravje posameznika tekom celotnega življenja (5-8) in še vse do naslednje generacije (6). Tveganja pa tudi koristi za zdravje so v tem obdobju največje, obenem pa tudi najbolj dalekosežne (7,9). Še posebej so za zdravje posameznika pomembna prva leta življenja. Težave z zdravjem in težave v razvoju v zgodnjem otroštvu so namreč močno povezane z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi pri odraslih (6). V vsaki družbi, pa naj bo bogata ali revna, se pojavljajo številni dejavniki tveganja za zdravje otrok in adolescentov (10,11).

3. Otroštvo je najboljše obdobje za delovanje, saj je to obdobje, v katerem je učinkovitost promocije zdravja in preprečevanje "slabega" zdravja, velika (6,9). V okviru preprečevanja in nadzora nad boleznimi moramo odvrniti negativne vplive na zdravje čimprej, da ne preidejo v poznejše stadije. Pomembno je, da tveganja vnaprej predvidimo, pa tudi čas, v katerem obstaja verjetnost, da se pojavijo. Intervencije, usmerjene na zdravje otroka, naj bodo zgodnje in dobro ciljane (6). Z zgodnjimi intervencijami dosežemo večje učinke (12).

4. Dobro zdravje od prenatalnega obdobja do adolescence je vir družbenega in ekonomskega razvoja, velja pa tudi obratno (11). Investiranje v zdravje otrok in adolescentov se torej "izplača" tako za posameznika kot družbo (4,6,11). Zdravi otroci se bolj verjetno razvijejo v zdrave odrasle osebe kot otroci z zdravstvenimi težavami (8,10,11). Zdrave odrasle osebe so "premoženje" družbe in tvorijo socialno in ekonomsko produktivno družbo ter potrebujejo manj zdravstvenih storitev (8,10). Ta investicija mora biti odgovornost družbe v celoti, torej se širiti tudi v druge sektorje izven zdravstvenega (6,11). Bodoče zdravje prebivalstva in napredek so v veliki meri odvisni od investicij v zdravje in razvoj otrok in adolescentov današnjega časa (10,11).

5. Otroci in adolescenti imajo pravico do najvišjega možnega standarda zdravja in dostopa do zdravstvene oskrbe, kot je zapisano v mednarodnih dokumentih o človekovih pravicah, zato je zagotavljanje optimalnega zdravja in razvoja otrok in adolescentov tudi moralna obveza posameznih držav (4,10,11).

2.3. Zdravje in pomembnejši zdravstveni problemi otrok in mladostnikov v današnjem času

Na splošno so v Evropski regiji SZO najpomembnejši vzroki bremena bolezni pri odraslih nenalezljive kronične bolezni (77%), sledijo poškodbe in zastrupitve (14%) in nalezljive bolezni (9%). Vodilnih sedem dejavnikov tveganja je odgovornih za približno 60% DALY (manjzmožnosti prilagojena leta življenja) v regiji in ti so tobak, alkohol, visok krvni pritisk, visok holesterol, previsoka telesna teža, prenizek vnos zelenjave in sadja in telesna nedejavnost (6). Marsikatera od navedenih bolezni in vedenj ima korenine v otroštvu in adolescenci. Več kot tri četrtine bremena bolezni predstavljajo nenalezljive kronične bolezni. Danes imamo na voljo učinkovite intervencije za preprečevanje teh bolezni. Največji potencial za zniževanje bremena teh bolezni predstavljajo preventivne dejavnosti, ki pa jo moramo vzpostaviti v vseh življenjskih obdobjih prebivalcev. Populacijska preventiva je najbolj trajen način delovanja in predstavlja sočasno delovanje na področju številnih nenalezljivih kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja zanje (7).

Otroci v Evropski regiji SZO imajo danes boljše zdravje, prehrano in razvojne možnosti kot kdajkoli poprej (11). Območje EUR-A, v katerega sodi tudi Slovenija, ima pri otrocih nižjo umrljivost in breme bolezni zaradi respiratornih in infekcijskih bolezni v primerjavi z drugimi območji, vendar pa sorazmerno več nenalezljivih kroničnih bolezni, ki izvirajo iz kompleksnega prepletanja genetskih, vedenjskih in okoljskih dejavnikov, to so astma, alergije, diabetes, debelost in nevropsihiatrične motnje (10).

Slika zdravja otrok in mladostnikov se v zadnjih desetletjih hitro spreminja. Zdravje otrok in mladostnikov je danes vedno bolj odvisno od družbenih in okoljskih dejavnikov ter dejavnikov v skupnosti (13).

Za otroke do 19. leta so značilni zdravstveni problemi, povezani s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, kar vse vpliva na njihovo telesno, duševno in družbeno zdravje (14). Najpogostejši vzroki smrti v starosti do 19 let so poškodbe in zastrupitve, bolezni respiratornega sistema, rak, infekcijske in parazitarne bolezni (15). Pomemben je stil življenja družine, otroka in mladostnika, torej koriščenje prostega časa, prehrana, telesna dejavnost, različne zasvojenosti, spolno vedenje, odnosi v družini, motnje duševnega zdravja idr. Še posebej adolescenca je čas obsežnih sprememb v razvoju posameznika, poleg intenzivnega telesnega razvoja je tudi čas osebnostnega zorenja, gradnje lastne identitete in vključevanja v socialno okolje. Obenem se utrjujejo vrednote in navade, ki vplivajo na kasnejše življenje mladostnika in seveda tudi njegovo zdravje.

V adolescenci je povečana možnost tveganih vedenj. Tvegano vedenje so vsi poizkusi, občasna vedenja, vzorci, dejanja, ki predstavljajo tveganje za posameznika in/ali okolje. Tvegana vedenja lahko vplivajo na mladostnikovo zdravje tako, da ogrozijo mladostnikovo zdravje ali življenje, preko vključevanja škodljivih navad v življenjski stil, preko stopnjevanja konfliktov z okoljem vse do delinkventnega obnašanja in ogrožanja drugih, lahko pride do prekinitve šolanja, lahko do prezgodnjega prevzemanja vloge odraslih. Med ta tvegana vedenja sodijo prekomerno uživanje alkohola, tvegana spolnost, mladostniška nosečnost, tvegane igre, visoko rizični športi, pomanjkanje gibanja, uživanje tobaka, alkohola, prepovedanih drog, neustrezne prehranjevalne navade, nasilništvo in druge. Mladostnik lahko prevzame več vrst tvegane vedenja. Tvegano vedenje je še posebej ogrožujoče, kadar se začne zelo zgodaj (npr. kajenje, nižja kot je starost ob začetku kajenja, več bo mladostnik kot odrasla oseba kadil, večja bo njegova odvisnost, težje bo prenehal s kajenjem); ko se ponavlja in ni vezano samo na določene situacije ali posamezne dogodke; kadar je povezano z neustreznim življenjskim stilom; kadar je teh tveganih vedenj več pri eni osebi in kadar tako vedenje spodbuja vrstniška skupina mladostnika. Nekateri mladostniki so za tvegana vedenja še posebej dovzetni in sicer predvsem tisti, ki se ne šolajo oziroma so v šoli neuspešni, mladostniki iz nefunkcionalnih družin in mladostniki s slabo samopodobo, slabim samospoštovanjem, zelo sugestibilni ipd. Bolj ogroženi so tudi mladostniki, ki jih k tvegane vedenju spodbuja njihova vrstniška skupina (16).

Sočasno z rastjo in razvojem otroka in mladostnika opazamo pomembne razlike glede tveganih vedenj, družbenih vplivov in zdravstvenih izidov. Samoocena zdravja pada s starostjo med 11, 13 in 15-letniki in starejši med njimi navajajo več fizičnih in psihičnih

simptomov. Mlajši otroci pogosteje navajajo številne oblike pozitivnih vedenj, povezanih z zdravjem, vendar pa le-te upadajo z vstopom v adolescenco (17).

Med problematičnimi vedenji, povezanimi z zdravjem, je pri otrocih in mladostnikih potrebno torej izpostaviti rabo psihoaktivnih snovi (tobak, alkohol, marihuana in drugo), spolno vedenje, telesno dejavnost, prehranske navade, samopodobo, telesno težo, zdravje ustne votline, nasilje, poškodbe in vpliv družbenega okolja in pomembnih oseb otroka in mladostnika na našeta vedenja (vrstniki, starši, šola, idr.) (17).

Pomembne so tudi socialne razlike. Le-te naraščajo v vseh državah, predvsem pa v vzhodnem delu evropske regije SZO (6). Znano je, da ljudje z nižjim socio-ekonomskim položajem obolevajo in umirajo prej kot posamezniki iz bolj privilegiranih skupin, kar načeloma velja tudi za otroke (6,18). Revščina je ena največjih groženj za zdravje otrok, ne glede na stopnjo razvoja posamezne države (10,18). V evropskih državah iz skupine EU-15 se ocenjuje, da je okoli 30-50% vseh smrti in zdravstvenih težav pri otrocih povezanih s socio-ekonomskim položajem staršev. Socialne razlike so večinoma večje znotraj posameznih držav kot med državami (6).

Ob tem je pomembno poudariti, da trenutno obstajajo številne pomanjkljivosti in omejitve na področju spremljanja in dostopnih podatkov o zdravju otrok v državah Evropske regije SZO. Na splošno vse države potrebujejo boljše spremljevalne sisteme zdravja otrok, predvsem glede na socialne razlike (10). Le približno polovica držav Evropske regije SZO ima nacionalne podatkovne baze z ustreznimi podatki o zdravju otrok in mladostnikov (11).

Vsa navedena dejstva kažejo na pomembnost promocije zdravja v starostnih skupinah otrok in mladostnikov.

2.4. Mednarodni dokumenti o zdravju otrok in mladostnikov

Zdravje otrok in mladostnikov obravnava veliko število mednarodnih dokumentov, ki opredeljujejo tudi področja dela in poudarjajo pomen promocije zdravja za doseganje ciljev na področju zdravja otrok in mladostnikov.

Konvencija o pravicah otroka Združenih narodov navaja pravico otrok do najvišjega možnega standarda zdravja, do zdravljenja bolezni in do rehabilitacije. Za doseganje cilja se v konvenciji posebej omenja razvoj preventivnega zdravstva, usmerjanje staršev in načrtovanje družine (2).

SZO je leta 2003 pripravila "Strateške usmeritve za izboljšanje zdravja in razvoja otrok in adolescentov", v katerih je kot prioriteta navedla naslednja področja dela: zdravje matere in novorojenčka, prehrana, nalezljive bolezni, poškodbe in nasilje, fizično okolje, zdravje adolescentov in psihosocialni razvoj in duševno zdravje (1). Zdravje in razvoj otrok in adolescentov je ena glavnih prioriteta Evropske regije SZO od 53. seje Regionalnega odbora SZO za Evropo leta 2003 naprej (11). Resolucija Regionalnega odbora SZO za Evropo iz leta 2003 obvezuje tudi posamezne države članice, da med visoko prioriteta cilje postavijo izboljšave v zdravju in razvoju otrok in mladostnikov (10).

Evropsko poročilo SZO o zdravju iz leta 2005 vključuje posebni tematski sklop, osredotočen na otroke in adolescente in podaja zemljevid zdravja otrok in adolescentov v Evropski regiji SZO. Poročilo navaja determinante zdravja pri otrocih in adolescentih, v okviru katerih je potrebno delovati, to pa so determinante v zgodnjem razvoju, determinante okolja, vedenjske determinante, determinante družine in lokalne skupnosti in družbene determinante (6)

Na osnovi dokumentov 56. skupščine SZO 2003 (19) in Resolucije Regionalnega odbora SZO za Evropo iz leta 2003 (10), je Regionalni odbor SZO za Evropo pripravil "Evropsko strategijo zdravja in razvoja za otroke in mladostnike" (11).

"Evropska strategija zdravja in razvoja za otroke in mladostnike" identificira glavne izzive za zdravje otroka in mladostnika in nudi možnosti za pristope, ki so osnovani na dokazih pa tudi izkušnjah SZO iz preteklih let. Strategija naj bi pomagala državam članicam pri pripravi njihovih lastnih politik in programov (6,11). Namen je zagotoviti polno pokritost otrok vseh družbenih slojev in etničnih skupin preko najboljših dosegljivih javno-zdravstvenih storitev. Te pa morajo dopolnjevati še dostopne visoko kvalitetne zdravstvene storitve (10). Vodilna načela so vse-življenjski pristop (od spočetja do 19.let), enakost, medsektorsko delovanje in sodelovanje. Sedem prioriteta področij za delovanje v evropskem prostoru so zdravje matere in novorojenčka, prehrana, nalezljive bolezni, poškodbe in nasilje, fizično okolje, zdravje v adolescenci (tvegana vedenja oziroma življenjski stil) in psihosocialni razvoj in duševno zdravje. Zdravstveni sektor igra v izvajanju strategije ključno vlogo, ključno vlogo pa ima tudi kot vzpodbujevalec medsektorskega sodelovanja (11).

Tudi Evropska unija v okviru programa ukrepov Skupnosti na področju javnega zdravja 2008 – 2013 poudarja pomen izboljšanja zdravja otrok in mladih ljudi ter promocije zdravega življenjskega stila in kulture preprečevanja, vključno z zmanjševanjem neenakosti (20).

2.5. Pomembnejši vidiki učinkovitosti politik in programov promocije zdravja otrok in mladostnikov

Glavni dejavniki za uspešno izvedbo politik in intervencij so številni. Pri oblikovanju politik, usmerjenih v zdravje otrok in adolescentov, so pomembni naslednji dejavniki (10):

- osnova za načrtovanje, nadzor in vrednotenje so zanesljivi in točni podatki,
- pri oblikovanju politik je potrebno oceniti njeno izvedljivost,
- v pripravo programov je potrebno vplesti ciljno populacijo, torej otroke, mladostnike in starše ter druge pomembne deležnike,
- cilji morajo biti jasni in nedvoumni,
- izključno izobraževalni pristop ima omejeno učinkovitost in je le del širšega delovanja,
- zdravstveni sektor je pomemben, vendar pa le eden od pomembnih deležnikov, pomembno je multisektorsko delovanje, prav tako mehanizem koordinacije med sektorji,
- programi in dejavnosti morajo biti prilagojeni otrokom, njihovi kulturi, stališčem in prepričanjem.

Uspešne intervencije vključujejo cel spekter dostopnih politik in instrumentov (ki so vsaj delno, če ne v celoti, odvisne od vladnih teles) ter sočasne, multidimenzionalne dejavnosti na nacionalnem, lokalnem in individualnem nivoju (10).

Intervencije morajo biti prilagojene lokalnim okoliščinam, torej razvitosti in organizaciji zdravstvenega sistema v državi, njegovim močnim platem, šibkostim, infrastrukturi, pokritosti in koriščenju, možnostim financiranja, dostopnim virom ipd (10).

Pomembno je, da intervencije zajamejo tudi bolj ranljive populacijske skupine, to so predvsem revni, manjšine, socialno izločeni in osebe z duševnimi motnjami (10). Intervencije oziroma programi morajo doseči matere in otroke, pokritost mora biti visoka, predvsem med ranljivimi skupinami (6). Intervencije morajo upoštevati socialne determinante zdravja (6,17).

Potrebno je vzpostaviti komplementarne strategije zdravja, v katere zajamemo bolezni in življenjske stile, ki so pomembni pri bremenu bolezni odraslih in otrok, ne glede na raznolikosti (10).

Ne glede na velike razlike v zdravju otrok v Evropski regiji SZO, se je izkazalo, da uspešni programi promocije zdravja in preprečevanja bolezni delijo naslednje skupne značilnosti (10):

- so del obsežnega nacionalnega načrtovanja in so osnovani na trdnih dokazih,
- naslavljajo široke determinante ("broad determinants") slabega zdravja in posamezne specialne dejavnike tveganja,

- vključujejo multisektorske, raznolike dejavnosti vlade in drugih deležnikov na različnih nivojih ter z uporabo različnih instrumentov in
- ciljajo na populacije z največjimi potrebami in so prilagojeni lokalnim potrebam, virom in okoliščinam.

Usmeritve in navodila za izvajanje morajo biti jasna. Potrebno je vzpostaviti obsežno, koordinirano oskrbo zdravja otrok in mladostnikov, ki naj bo centralno vodena. Potreben je uvid v omejitve v virih in ustrezno pripravljen sistem delovanja. Ni prav in nerealno je pričakovati, da bodo zdravstveni delavci stremeli k večji kvaliteti in višjim standardom brez ustreznih virov (9).

2.6. Promocija zdravja za otroke in mladostnike

Promocija zdravja, vključno z zmanjševanjem neenakosti, je torej pomembna usmeritev v izboljševanje zdravja otrok in mladostnikov.

Dva osnovna pristopa k promociji zdravja in preprečevanju bolezni so lotevata (10):

- oddaljenih determinant zdravja, kot so revščina in socio-ekonomske neenakosti in
- specifičnih dejavnikov tveganja za specifične zdravstvene izide.

Oba pristopa se medsebojno povezujeta, saj sta revščina in socio-ekonomske neenakosti pomembni pri številnih dejavnikih tveganja. Prvi pristop zahteva bolj obsežno, družbeno delovanje preko demokratičnih sprememb politik s ciljem poštene porazdelitve virov. Drugi pristop vključuje vzgojo za zdravje, osredotočeno na posameznika s ciljem povečanja osveščenosti in vpletenosti v skrb za lastno zdravje (10).

V poročilu se bomo osredotočili na izvajanje zdravstvene vzgoje oziroma vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva, bodisi v okviru zdravstvene mreže ali v okoljih, ki so pomembni za otroka in mladostnika, to so dom, vrtci, šole, lokalna skupnost in drugi, s poudarkom na šolskem okolju. Vzgoja za zdravje, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva je eden od koščkov mozaika dejavnosti promocije zdravja, preventivnih dejavnosti, vključno z zmanjševanjem neenakosti, pri otrocih in mladostnikih.

2.7. Vzgoja za zdravje in/ali zdravstvena vzgoja

Izraz vzgoja za zdravje je sodoben izraz za zdravstveno vzgojo in se ga razume kot nadgradnjo obstoječe zdravstvene vzgoje. Tradicionalna zdravstvena vzgoja je delovala na

principih posredovanja informacij o zdravju posamezniku ali skupini in je poudarjala v glavnem telesno zdravje in ni zajela širših vidikov zdravja. Posameznik je imel pasivno vlogo prejemnika informacij. Zdravstvena vzgoja je delovala na osnovi zaporednosti, potem ko se je problem že pojavil. Vzgoja za zdravje želi povezati vsa prizadevanja (tako zdravstvenega, šolskega, družinskega, socialnega in drugih sektorjev) za zdravje. Izhaja iz širšega modela razumevanja promocije zdravja, ki vključuje interakcijo telesnih, duševnih, duhovnih, okoljskih in družbenih vidikov ter poleg medicinskih vključuje tudi najnovejša spoznanja in veščine na kognitivno vedenjskem, psihološkem, pedagoškem, sociološkem, komunikološkem in drugih področjih. Vzgoja za zdravje je proces, ki usposablja ljudi, da imajo večji nadzor nad življenjem, zdravjem - opolnomočenje, krepitev potencialov in močnih točk, usmerjanje v spremembo nezdravega vedenja.

Koncept vzgoje za zdravje poudarja, da je informiranje pogoj, vendar še ne vodi nujno v spremembo nezdravega načina vedenja in navad. Pri tem upošteva konkretno ciljno populacijo, njene značilnosti in načrtuje delovanje v smislu razvijanja veščin, strategij ob aktivni participaciji in upošteva ožji in širši družbeni kontekst, individualne in skupnostne vidike (kot so prepričanja, vrednote, stališča, vpetost v različne sisteme, skupnosti, različne vplive). Pojem vzgoja za zdravje torej vključuje vse, ki delajo na področju zdravja in vplivajo na tak ali drugačen način na telesno in duševno dobro počutje in razvitost ter izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. V tem smislu gre za pomemben premik v konceptualnem smislu in tudi v smislu interdisciplinarnega sodelovanja, ki se simbolno odraža tudi v spremembi imena oz. naziva dejavnosti iz zdravstvene vzgoje v vzgojo za zdravje.

V celotnem dokumentu od tu naprej navajamo izraz vzgoja za zdravje ali širše promocija zdravja, razen tam, kjer citiramo različne uradne dokumente in navajamo dobesedno besedilo.

3. VZGOJA ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE, KI JO IZVAJA ZDRAVSTVENI DELAVEC IZ PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

3.1. Uvod

Vzgojo za zdravje lahko zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva izvaja v okviru zdravstvene institucije v primarnem zdravstvenem varstvu, lahko pa tudi izven in sicer predvsem v šolah in vrtcih, pa tudi družinah, lokalni skupnosti in drugje.

Mednarodno je že nekaj časa izražena potreba po pregledu, prenovi, optimizaciji in racionalizaciji preventivnih zdravstvenih storitev za otroke in mladostnike. Strokovnjaki povsod iščejo možnosti za izboljšave sistemov, tudi področja vzgoje za zdravje (8,13,21,22), saj je dinamično in se mora prilagajati epidemiološkim spremembam (22).

Na splošno je v okviru spremljanja in zagotavljanja zdravja otrok in mladostnikov vedno več poudarka na promociji zdravja/vzgoji za zdravje/zdravstveni vzgoji, torej primarni preventivi in ne le izključno na spremljanju zdravja otrok, kar nekateri strokovnjaki imenujejo prehod od nadzora nad zdravjem k promociji zdravja (22-28). Posebna pozornost se vedno bolj usmerja k družinam in otrokom s posebnimi potrebami (27,28).

3.2. Vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva v okviru primarnega zdravstvenega varstva

Spremljanje zdravja otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu je namenjeno zagotavljanju optimalne rasti in razvoja otrok in adolescentov, preprečevanju bolezni in poškodb ter promociji zdravja pri otrocih in adolescentih (29). Izvaja se v obliki periodičnih pregledov. Ti pregledi so eden od elementov primarnega zdravstvenega varstva otrok in v najširši obliki obsegajo spremljanje oziroma nadzor nad zdravjem otrok in mladostnikov, usmerjeno oziroma starostno specifično svetovanje, vzgojo za zdravje, spremljanje razvoja in pomembnejših mejnikov v razvoju, uspeha v šoli, psihosocialno oceno otroka in družine, koordinacijo skrbi in cepljenje, pregled ter presejanja (22,30,31). V okviru usmerjenega svetovanja in vzgoje za zdravje se izvaja svetovanje o tem, kako spodbujati zdrav razvoj otroka in preprečevati bolezni in poškodbe, obenem pa poteka zgodnje prepoznavanje morebitnih problemov, ki jim sledijo zgodnje intervencije s ciljem, da preprečimo dodatne težave (31).

Rutinski pregledi navidezno zdravih otrok so pomemben del preventivnih storitev, ki so dostopne otrokom (30). V mednarodni sferi je vedno več poudarka na tem, da moramo v okviru teh dejavnosti dati več poudarka vzgoji za zdravje (22,24-28).

3.3. Vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov, ki jo izvajajo zdravstveni delavci iz primarnega zdravstvenega varstva v šolskem okolju

Šole so logični izbor mesta za izvajanje aktivnosti promocije zdravja in torej vzgoje za zdravje, kadar se želimo s temi aktivnostmi približati otrokom šolske starosti (32). Učinkoviti programi zdravja v šolah so lahko ena najbolj učinkovitih investicij glede na stroške, ki lahko istočasno izboljšajo zdravje in izobrazbo (7). Na pomen promocije zdravja v šolskem okolju in tudi pomen vloge zdravstvenih delavcev pri vzgoji za zdravje v šolskem okolju kaže več mednarodnih dokumentov in potrjuje več mednarodnih organizacij.

Že od leta 1950 naprej so šole priljubljeno okolje za promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo. Razvoj promocije zdravja v šolah je bil predvsem pod vplivom razvoja politik promocije zdravja. Deklaracija iz Alma-Ate (33) je poudarila pomen promocije zdravja, pozvala k multisektorskemu pristopu k promociji zdravja in poudarila vlogo primarnega zdravstvenega varstva v promociji zdravja. Otawska deklaracija (34) je opozorila na pomembnost povezovanja zdravstvenega sektorja in delavcev z organizacijami izven zdravstvenega sektorja, potrebe po usmerjanju zdravstvenega sektorja v promocijo zdravja in delovanja tam, kjer ljudje živijo, delajo, se igrajo ipd., pomembnost razvoja podpornih okolij in ustreznih osebnih veščin. Tudi Deklaracija iz Jakarte (35) poudarja, da je promocija zdravja ključna investicija v zdravje in da je učinkovita in da vodi k večji enakosti v zdravju. Poudarja, da so specialna okolja, kot so npr. tudi šole, prava priložnost za implementacijo obsežnih politik promocije zdravja in široko sodelovanje na vseh nivojih, med vsemi sektorji družbe in vladajočih struktur. Podobne vidike podpira tudi Bangkoška deklaracija iz leta 2005 (36).

Svetovna zdravstvena organizacija podpira šolske programe za zdravje kot stateško orodje za preprečevanje pomembnih dejavnikov tveganja za zdravje med mladimi (37), kar kažejo z iniciativo za t.i. "Zdrave šole"(32). Danes velja, da je šolsko okolje bolj pomembno kot pridobitev posameznih veščin. Aktivnosti promocije zdravja se morajo osredotočiti na celotno šolsko okolje, vključno z razvojem politik v šoli in izgradnji podpornega okolja ter delovanjem šole v skupnosti. Tak način dela opredeljuje projekt "Zdrave šole" (32).

3.4. Pregled organiziranosti in izvajanja vzgoje za zdravje za otroka in mladostnika, ki jo izvajajo zdravstveni delavci iz primarnega zdravstvenega varstva, v različnih državah

Kompleksnost in raznolikost sistemov zdravstvenega varstva, omejena dostopnost podatkov in dejstvo, da raziskujemo le del preventivnih dejavnosti za zdravje otrok in mladostnikov (to

je vzgoja za zdravje), otežujejo primerjave sistemov izvajanja med državami in opis vseh lastnosti tega dela sistema.

Podatkov o izvajanju in kvaliteti teh storitev ni in primerjave niso možne (22). Glede na obstoječe podatke smo izbrali nekaj držav in skušali v največji možni meri opisati njihov sistem izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva.

3.4.1. Primerjava sistema t.i. "well-child care" pri predšolskih otrocih v 11 državah (ZDA, Avstralija, Kanada, Danska, Velika Britanija, Francija, Nemčija, Japonska, Nizozemska, Španija, Švedska)

Večina razvitih držav ima v osnovi podobno organiziran sistem glede pristopa k zdravju otrok in sicer s periodičnimi obiski in usmerjenim svetovanjem oziroma vzgojo za zdravje. Glede na obstoječe kulturne in socialne razlike, sistemi ali njihove komponente niso vedno prenosljive med posameznimi državami (22).

Ne glede na razlike v pristopih in organiziranosti tega sistema, pa se v vseh državah trenutno ukvarjajo s tem, kako doseči optimalni razvoj otroka na najučinkovitejši način ob upoštevanju epidemioloških sprememb (22).

V razvitih državah brez ZDA so za preventivne storitve zadolženi splošni zdravniki in javno-zdravstvene sestre, medtem ko pediatri delajo kot bolnišnični specialisti (22,30). Ponekod izvajajo te storitve tudi samo javno-zdravstvene sestre. Nekatere države, kot sta Švedska in Velika Britanija, imajo interdisciplinarne time. V Avstraliji v državi Viktoriji skoraj celotno t.i. "well-child care" izvajajo sestre, ki so locirane v posebnih centrih po celotni državi. Pediatri izvajajo le del razvojnih skriningov pri izbranih otrocih, ki jih izberejo sestre ali splošni zdravniki. Tudi v Franciji in Nizozemski imajo vzpostavljen sistem z ločenimi nalogami in odgovornostmi za zdravnike in sestre. V Nemčiji izvajajo te storitve splošni zdravniki in pediatri, v Kanadi splošni zdravniki (22).

Država (22)	Zdravstveni delavci, ki izvajajo " well-child care"
Avstralija	Sestra
Kanada	Predvsem splošni zdravnik in družinski zdravnik
Danska	Predvsem splošni zdravnik in sestra
Velika Britanija	Javno-zdravstvena sestra v povezavi s splošnim zdravnikom
Francija	Pediater, sestra in splošni zdravnik
Nemčija	Pediater in splošni zdravnik
Japonska	Javno-zdravstvena sestra in splošni zdravnik
Nizozemska	Splošni zdravnik in sestra
Španija	Predvsem pediater
Švedska	Družinski zdravnik, pediater in sestra
ZDA	Pediater

Glede na raznolikosti v izboru zdravstvenih delavcev, ki izvajajo te storitve, so tudi prvi kontakti raznoliki in so odvisni od vrste storitve (razen v ZDA, kjer ne glede na vrsto storitve kontakt vedno isti). Najpogosteje so prvi kontakt sestre, ki izvajajo starosti primerno svetovanje iz vsebin promocije zdravja, odgovarjajo na vprašanja staršev glede otrokovega razvoja in drugih preventivnih tematik. V Avstraliji so prvi kontakt sestre, otrok pride do splošnega zdravnika v primeru zdravstvene oskrbe zaradi akutnega oziroma kroničnega obolenja, do pediatra pa le po napatilu splošnega zdravnika. V večini držav so pediatri le specialisti za razvojne in vedenjske motnje in specifična pediatrična stanja oziroma obolenja (22).

Obseg koordinacije med posameznimi zdravstvenimi delavci v državah, kjer so posamezne storitve ločene oziroma so preventivne storitve ločene od tistih za akutna in kronična stanja, je različen. V Avstraliji je tovrstne koordinacije med sestrami in pediatri zelo malo, v Franciji jo spodbujajo s predpisi. V ZDA koordinaciji med zdravstvenimi delavci pripisujejo veliko pomembnost za izvajanje kvalitetne oskrbe. Švedska rešuje te probleme tako, da so preventivni zdravstveni delavci in pediatri locirani v istih centrih ter tako prihaja do direktne koordinacije med njimi. Večina držav pa vendarle ne pripisuje velikega pomena koordinaciji med posameznimi zdravstvenimi delavci (22).

Obseg, v katerem je "well-child care" zagotovljena v integrirani obliki z akutno, kronično in razvojno/vedenjsko oskrbo, med državami varira od popolne ločenosti (Avstralija) do visoko integriranih, ko-lociranih sistemov zdravstvene skrbi za otroka (Švedska, Španija) ter sistema, v katerem skrbi za vse vidike well-child care izključno pediater (ZDA). V nekaterih

državah je obseg integriranosti odvisen od značilnosti otroka in družine (SE položaj, obstoj kroničnih obolenj idr). Švedski sistem se močno razlikuje od ostalih, saj so v geografsko razporejenih centrih locirane sestre, splošni zdravniki, socialni delavci in javnozdravstvene službe, ki delajo z otroci in družinami (22).

Obseg kontinuitete skrbi je različen med državami, ponekod obvezen, ponekod na izbiro (22).

Skupna značilnost držav je, da za zdravstveni karton skrbijo starši in ga tudi prinesejo na vse obiske, zdravniki pa vanj vpisujejo opažanja, diagnoze in zdravljenje. Karton oziroma običajno knjižica ima tudi poglavje o odgovornosti staršev za promocijo zdravja njihovega otroka (Francija) (22). V enem od vrednotenih programov se je izkazalo, da t.i. potni listi oziroma knjižice ali karton za otroke, ki ga imajo na skrbi starši, povečuje ne le delež cepljenih in pregledanih v okviru well-child visits, pač pa tudi delež tistih, ki so bili deležni svetovanja (38).

Države se tudi zelo razlikujejo glede tega, koliko imajo uveden dvo-generacijski model skrbi (skrb osredotočena na družino). Večina držav ima le v perinatalnem obdobju uvedeno tovrstno skrb. Na Danskem npr. za vse člane družine pogosto skrbi en splošni zdravnik, ki tako dobro pozna funkcioniranje družine. Švedska ima popolnoma ločene sisteme, obenem pa enega najbolj izdelanih dvo-generacijskih pristopov, še posebej za razvojno/vedenjske in socialne potrebe med vsemi državami (22).

Nekatere države odstopajo po obsegu univerzalnih, geografsko zlahka dostopnih centrov, ki skrbijo za posamezne predele in načrtujejo storitve glede na potrebe teh predelov. Primera teh držav sta Avstralija in Švedska, pa tudi Francija in Nizozemska, ki pa imata bolj usmerjene centre, v Franciji delajo predvsem z družinami z nižjim SE položajem, na Nizozemskem pa se posvečajo predvsem določenim starostnim skupinam, kot je npr. perinatalno obdobje (22).

Večina držav, z izjemo ZDA, ima uveljavljen sistem spremljanja in načrtovanja ključnih virov za izvajanje t.i. "well-child care" na državnem nivoju. Tudi države z obsežnim privatnim sistemom zdravnikov imajo univerzalne, s strani države financirane in upravljane sisteme (Francija, Avstralija). Približno polovica držav je prenesla pristojnosti na nivo lokalne uprave, nekatere v znatnem obsegu (Kanada, Avstralija, Španija), nekatere le v omejenem delu (Danska, Švedska) (22).

Države, z izjemo ZDA, imajo v veljavi univerzalno financiranje zdravstvenega sistema za svoje državljane in za te storitve se ne plačuje. Starši, ki izberejo storitve izven

vzpostavljenega sistema, kjer je to seveda možno, v nekaterih primerih plačajo del stroškov za storitve v privatnem sektorju (22).

3.4.2. ZDA

Predšolski otroci

T.i. "well-child care" je v ZDA temelj pediatrične preventive, ki združuje elemente nadzora nad zdravjem, usmerjenega svetovanja ("anticipatory guidance"), nadzora nad razvojem in rastjo in cepljenje. Cilj "well-child care" je zagotoviti, da so otroci na optimalni poti razvoja in rasti s prepoznavanjem vplivov, ki bi lahko negativno vplivali na njihovo zdravje. "Well-child care" omogoča zagotavljanje preventivnih dejavnosti in zgodnjih intervencij za številne razširjene razvojne in vedenjske probleme (22). Glede na priporočila se tovrstne storitve izvajajo od rojstva in lahko vse do 21. leta (39-41).

V ZDA opravljajo te preglede splošni pediatri, ki se ukvarjajo tudi z oskrbo akutnih in kroničnih stanj. Za preglede zdravih otrok porabijo splošni pediatri med 30% in 40% svojega časa (29,30) oziroma približno 22% obiskov, pri otrocih v starosti do 1 leta pa celo 57% obiskov (21). Povprečno trajanje pregleda je 17 minut, kar seveda onemogoča ali predstavlja veliko oviro za izvajanje večine vsebin usmerjenega svetovanja (22).

V ZDA približno dve tretjini otrok do starosti 3 let po pričevanju staršev prejme odlično osnovno preventivno oskrbo (ocena razvoja, svetovanje glede preprečevanja poškodb, skrining kajenja staršev, smernice o branju otrokom in smernice glede še 14 drugih tem) (42). Pri več kot eni tretjini otrok v starosti do 3. leta pa glede na poročila staršev zdravstveni delavec ni govoril z njimi niti o eni od šestih opredeljenih pomembnih tem svetovanja (5).

Pri starejših otrocih in mladostnikih po podatkih, ki so jih podali starši, v letu 1999 približno četrtnina ameriških otrok v starosti od 3. do 17. let ni bila deležna letnega pregleda ob priporočeni starosti. Polovica ali manj adolescentov je leta 1997 poročalo, da so o priporočenih tematikah govorili s svojim zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem (5).

Glavne ovire za ustrezno izvajanje preventivnih storitev v okviru primarnega zdravstvenega varstva pri otrocih v ZDA so poleg pomanjkanja časa (22,43) in nezavarovanosti še pomanjkanje stalnosti zdravnika oziroma mesta storitev, pomanjkanje zasebnosti (pri adolescentih) (43), pomanjkanje znanja in izkušenj pri pediatru (22,43), rasne in etnične ovire, jezikovne ovire in ovire zaradi razlik v spolu zdravnika in mladostnika (43). Dodatno so ovire tudi nejasnost pri plačevanju različnih storitev oziroma nezmožnost ločenega plačevanja in pomanjkanje specialistov (22). Dolžina obiska bi lahko bila ključni dejavnik povečanja kvalitete teh storitev (42).

"Well child care" je v ZDA osnovna storitev pediatrije, vendar pa ji tako v toku izobraževanja pediatrov, zavarovalnice kot tudi raziskovalci namenjajo le malo pozornosti. Te storitve

zajemajo številne aspekte vzgoje za zdravje in promocije zdravja, ki se izvajajo v okviru usmerjenega svetovanja, a kazalniki in standardi kvalitete niso določeni. Zato ni presenetljivo, da preventivne storitve ne zadostijo potrebam marsikatere družine, predvsem tistih z najbolj ranljivimi otroci. Kvaliteta teh storitev močno varira med posameznimi pediatri, prav tako obseg storitev, ki jih dejansko posamezna družina koristi. Predvsem je potrebno upoštevati raznolike potrebe posameznikov in družin, delovanja zdravstvene oskrbe otrok in dostopnosti do teh storitev ter sistema plačevanja zanje (21).

V ZDA trenutno veliko razmišljajo o prenovi oziroma racionalizaciji sistema, vključno s tistim delom, ki se nanaša na vzgojo za zdravje oziroma promocijo zdravja.

V eni od raziskav je večina pediatrov sicer odgovorila, da so na splošno sicer zadovoljni s trenutnim sistemom, vendar pa večina tudi misli, da bi moral biti sistem manj odvisen od zdravnikov in individualnih obiskov, kar velja tudi za usmerjeno svetovanje (44).

Šolajoči se otroci in mladostniki

Vzgojo za zdravje v ZDA izvajajo v šolah učitelji (vključeno v učni načrt), pa tudi šolske sestre. Sistem ni urejen na zvezni ravni, pač pa to področje urejajo posamezne države in okrožja, ki v določenem deležu zahtevajo izvedbo nekaterih preventivnih storitev. Približno polovica držav in okoli dve tretjini okrožij v ZDA zahteva, da v šolah izvajajo preventivo nasilja. Manj pogosto lahko najdemo zahteve po izvajanju preprečevanja kajenja, prekomerne rabe alkohola, preprečevanja HIV, spolno prenosljivih bolezni, preprečevanje samomorov, preprečevanje poškodb, preprečevanje neželenih nosečnosti in najmanj aktivnosti za zdravo prehrano in telesno dejavnost. V praksi pa šole (ne glede na zahteve države oziroma okrožja) izvajajo preventivne storitve dejansko pogosteje, kot je to zahtevano in sicer med 40% in 56% glede na temo. Posamezne zdravstvene teme so v šolah bolj enakomerno zastopane kot sicer v uredbah. Šole, ki imajo zaposleno šolsko sestro v veliko večjem deležu izvajajo preventivne storitve kot vse šole celokupno, razlika je skoraj dvakratna pri veliki večini tem, povezanih z zdravjem (45).

Za šolske zdravstvene storitve v ZDA prav tako nimajo zveznih uredb, zato so mnoge nacionalne in nekatere zvezne agencije pripravile navodila in usmeritve za šole in okrožja glede organizacije šolske zdravstvene službe (45).

Glede na priporočila American Academy of Pediatrics, naj bi šole nudile minimalno tri vrste zdravstvenih storitev (cepljenja, skriningi, poročanje o nalezljivih boleznih, ocena in zdravljenje zdravstvenih problemov ter urgentnih stanj ter delo s posamezniki s posebnimi zahtevami), ki pa ne vključujejo vzgoje za zdravje (46). Tako večina ameriških šol nudi osnovne zdravstvene storitve svojim učencem, le redke pa preventivne dejavnosti ali bolj specializirane zdravstvene storitve (45). Pri vodenju in izvajanju šolskih zdravstvenih storitev ima glavno vlogo šolska sestra (45,46). Tim lahko vključuje tudi druge profile, od zdravnikov,

psihologov, socialnih delavcev do administrativne pomoči ali se oblikuje v razširjen koordiniran šolski tim za zdravje, ki integrira zdravstvene storitve, zdravstveno vzgojo, telesno vzgojo, prehrano na šoli, promocijo zdravja za osebje in vpletenost družin in lokalne skupnosti. (46).

Storitve šolskih sester se financirajo iz federalnih in lokalnih virov (45).

Glede na definicijo vloge šolske sestre, ki jo podajajo različna združenja, imajo šolske sestre sedem vlog in sicer poleg neposredne zdravstvene oskrbe učencev/dijakov/študentov in zaposlenih v šolah, vodenja izvajanja zdravstvenih storitev v šolah, izvajanja skriningov, napotitev pri posameznih zdravstvenih problemih tudi vlogo promotorja zdravja (torej izvajanje zdravstvene vzgoje pri posameznikih, skupinah, razredih) in zdravega šolskega okolja, vodilno vlogo pri pripravi šolskih politik in programov za zdravje, ter predstavljajo povezavo med šolskim osebjem, družinami, lokalno skupnostjo in izvajalci zdravstvenih storitev (46,47).

Šolska sestra ima torej veliko vlog, ena pomembnejših pa je vsekakor vzgoja za zdravje, torej promocija zdravega življenjskega sloga, čeprav le-ta po priporočilih ne sodi med tiste vrste zdravstvenih storitev, ki naj bi jih šole izvajale v okviru minimalnih storitev. To je eno od najpomembnejših orodij za učenje otrok in mladostnikov, njihovih družin in osebja šole o zdravju. Izvaja se lahko v obliki 1 na enega ali v manjših ali večjih skupinah. Izvajanje v skupinah je bolj učinkovito glede na stroške, predvsem v večjih skupinah, seveda pa je primernost tega pristopa odvisna od teme. Mnoge šolske sestre pa ne vidijo svoje vloge v izvajanju tovrstnih dejavnosti, še posebej, v kolikor se izvajajo v učilnici in menijo, da je to naloga učiteljev. Predvsem tako mnenje izhaja iz pomanjkanja časa in/ali znanja ter izkušenj. (25).

American Academy of Pediatrics priporoča, da bi bila v vsaki šoli šolska sestra in priporoča, močne povezave in koordinacijo med šolsko sestro, šolskim zdravnikom, šolskim osebjem in pediatri (46). CDC meni, da je potrebno ustrezno povečati število šolskih sester in zagotoviti izvajanje širših storitev (45). Tudi nacionalni cilji, povezani z zdravjem Healthy People 2010 poudarjajo pomen ustreznega števila šolskih sester glede na število učencev. Eden od ciljev je prav povečati število šolskih sester v vseh vrstah in stopnjah šol na razmerje, ki naj bo vsaj 1:750. V kolikor ima šola večje število učencev, dijakov ali študentov s posebnimi potrebami, pa je lahko to razmerje še manjše (celo do 1:125) (46). Podobno razmerje priporoča tudi "American Nurses Association" (47).

V ZDA ima približno tri četrtine držav in skoraj 80% okrožij ter nekaj več kot 80% šol nadzornika oziroma koordinatorja šolske zdravstvene oskrbe. Manj kot 6% držav in manj kot 20% okrožij ima uredbe, ki zahtevajo, da ima vsaka šola vsaj 1 polno zaposleno šolsko sestro. 16% držav in približno 12% okrožij ima uredbe, ki opredeljujejo največje število šolskih sester na število učencev, dijakov oziroma študentov. Čeprav so uredbe na nivojih

držav in okrožij torej redke, pa ima več kot 86% šol zaposleno (polno ali za delni delovni čas) šolsko sestro, ki izvaja vsaj osnovne zdravstvene storitve. Več kot 37% šol ima šolsko sestro zaposleno za polni delovni čas. Približno polovica šol s šolskimi sestrami ima ustrezno razmerje sestre/učenci (45).

V nekaterih šolah izvajajo zdravstvene storitve zdravstveni centri v samih šolah ali njihovi bližini (46).

Specifični učni načrti vzgoje za zdravje so učinkoviti in tudi učinkoviti glede na stroške, obenem pa tako starši kot učenci izražajo mnenje, da so zanje zelo pomembni in koristni. Raziskave v ZDA so pokazale, da v šolah locirani zdravstveni centri povečajo znanje učencev, težje pa je meriti njihov vpliv na vedenja, povezana z zdravjem, zato imamo tu še premalo podatkov (48).

V ZDA priporočajo, da naj bodo šolske zdravstvene storitve formalno načrtovane in njihova kvaliteta redno pod nadzorom. Potrebne so dodatne raziskave glede organizacije, vodenja, učinkovitosti in cost-effectiveness storitev. Viri financiranja morajo biti določeni in izvirati tako iz zdravstvenega kot šolskega sektorja. Potrebno je nacionalno in lokalno vodenje in usmerjanje teh storitev, na nivoju šole pa priporočajo vzpostavitev šolskega tima za zdravje z vodilnim koordinatorjem (48).

Priporočila

V ZDA je pripravilo priporočila za izvajanje t.i. "well-child care", vključno z vzgojno-zdravstveno tematiko, več organizacij (39-41,49-51). Priporočila se med seboj razlikujejo, na splošno pa vsa priporočajo vzgojo za zdravje in usmerjeno svetovanje (31,39-41,49-51).

Priporočila "US Preventive Service Task Force" (USPSTF) obsegajo skrininge pri otrocih in vzgojo za zdravje za preprečevanja kariesa in ne vzgoje za zdravje oziroma svetovanje na drugih področjih (49).

Priporočila "American Academy of Pediatrics" (40), dopolnjena leta 2008, vključujejo priporočila za posamezne preglede ob določeni starosti (od rojstva do 21. leta starosti) glede anamneze, meritev, ocene razvoja in vedenja, fizikalnega pregleda, potrebnih postopkov, zdravja ustne votline in usmerjenega svetovanja (t.i. "anticipatory guidance"). Med področja, ki se tičejo vzgoje za zdravje bi lahko vključili svetovanja, ki je prisotno pri vsakem od 31 obiskov v tem obdobju. Priporočila glede izvajanja svetovanja so natančneje opredeljena v "Bright Future Guidelines" (40). Ta priporočila priporočajo vnaprej predvidene obiske in so pravzaprav matrica potencialnih kategorij preventivnih storitev, organiziranih glede na starost otroka. Od novorojenčka do izpolnjenega 3. leta starosti priporočajo skupno 13 obiskov, po 3. letu starosti pa en obisk vsako leto do vključno 21. leta. Shemo je prevzela tudi ena vodilnih referenc glede vsebine preventivne skrbi za otroke, to je Bright Futures (41) in številna gradiva za zdravnike, otroke in starše. Trenutna shema obiskov ni znanstveno

osnovana, prav tako ni primerna za vse situacije, saj so potrebe posameznih otrok lahko zelo različne. Priporočila so pripravljena za otroke, ki prejemajo kompetentno (zadostno) starševsko vzgojo, nimajo pomembnih zdravstvenih težav in se ustrezno razvijajo in rastejo. Otroci in družine z večjimi oziroma dodatnimi potrebami zahtevajo ustrezno prilagoditev pristopa. Shema obiskov je bila dalj časa predvsem osnovana glede na potrebna cepljenja. Prav tako so se priporočila pogosto spreminjala, dopolnjevala in predvsem povečevala obseg storitev v tem obziru. Po priporočilih naj bi obisk trajal cca 30 minut, pol od tega naj bi izvedel zdravnik, pol drugo zdravstveno osebje. Poročila poudarjajo pomen kontinuitete skrbi pri otrokovem osebnem zdravniku (21).

Priporočila "American Medical Association" (AMA) (39) obravnavajo izključno adolescente (Guidelines for Adolescent Preventive Services) in obsegajo starostno skupino od 11 do 21 let. Priporočila obravnavajo poleg skriningov in cepljenja tudi priporočila za izvajanje preventivnih storitev in priporočila za promocijo zdravja in dobrega počutja pri adolescentih in njihovih starših oziroma skrbnikih. Glede izvajanja preventivnih storitev priporočila navajajo, da naj se pri mladih med 11 in 21 letom starosti preventivni obiski izvajajo vsako leto, kajti hitre spremembe v obdobju adolescence zahtevajo pogoste in redne preventivne obiske, za preverjanje tveganih vedenj in svetovanje. Svetujejo individualno obravnavo, ki naj zagotavlja popolno zaupnost. Dejavnosti med obiski naj bodo usmerjene tako na biomedicinski kot tudi psihosocialni vidik zdravja in se morajo osredotočati na preventivne dejavnosti. Preventivne dejavnosti morajo biti zastavljene v skladu s stopnjo razvoja in s starostjo in morajo biti prilagojene individualnim in socio-kulturnim razlikam med posamezniki. Zdravstveni delavci morajo vzpostaviti sistem zaupnosti in pravila glede vključevanja staršev v te dejavnosti. Tako starši, kot adolescenti morajo biti natančno seznanjeni s temi pravili (14). Od tradicionalnih storitev se ta priporočila (14) razlikujejo v tem, da dajejo poudarek obsežnim storitvam, vključujejo obiske za starše oziroma skrbnike ter so osredotočena na preventivne dejavnosti. Obenem izvajalec igra pomembno vlogo pri koordinaciji promocije zdravja pri adolescentih, ki je dopolnilna dejavnostim, v katere se vključujejo adolescenti v šoli, v družini in lokalni skupnosti (39).

Pričakovanja staršev glede vzgoje za zdravje za otroka in mladostnika, zadovoljstvo staršev s trenutnim sistemom

Večina staršev iz severnoameriškega prostora priznava, da potrebujejo nasvete o vzgoji otrok, informacije o otrokovem razvoju in starševstvu kot tudi o fizičnih vidikih zdravja otroka. Na voljo so dokazi, ki kažejo na to, da starši upoštevajo nasvete zdravstvenih delavcev (za primer dojenja, dojenčkovega položaja med spanjem, opuščanja fizičnih kazni, branja otroku) (21).

Starši so različno zadovoljni s storitvami, kar je odvisno predvsem od socio-ekonomskega položaja, barve kože in zavarovanja. Večinoma starši poročajo o nezadovoljenih potrebah v sedanjem sistemu, okoli 40% jih celo poroča, da jih pediater sploh ni vprašal, kaj jih skrbi, glede razvoja in zdravja njihovega otroka. Očitno so mnoge priložnosti za pomoč staršem zamujene. Obenem pa se tudi zdi, da starši niso zadovoljivo seznanjeni s cilji teh storitev ali pa jih ne razumejo, saj jih ne uporabljajo v obsegu, v katerem se priporočajo oziroma so jim na voljo (21).

Pediatr

Velik del priporočene vsebine obiskov je namenjen pogovoru o tem, kaj skrbi starše, svetovanju ter drugim aktivnostim. To so odlične priložnosti za preprečevanje ali zgodnje delovanje pri raznovrstnih pogostih težavah, vendar pa se pediatri ne lotevajo razvojnih in psihosocialnih vprašanj v zadostnem obsegu (21).

Ovire za visoko kvalitetne storitve, ki jih navajajo pediatri iz ZDA, so časovne omejitve, nizko plačilo za preventivno pediatrično oskrbo, pomanjkanje izobraževanja na tem področju, pomanjkanje nezdravniškega kadra idr. V vseh primerih gre bolj za sistemske, kot za individualne probleme. Očitno imajo pediatri preveč obremenitev (21).

Raziskave celo kažejo, da ni možno izvesti celo tiste najbolj priporočene preventivne storitve, ki jih priporoča USPSTF (49), kaj šele neštete iz Bright Futures (41). Nacionalno poročilo priznava, da je možno to popraviti le s spremembo trenutnega sistema (21).

Podpora blagostanja družine

Zdravje otroka in njegov razvoj je v veliki meri odvisen od blagostanja družine. American Academy of Pediatrics priporoča, da se pediatri seznanijo z družino in ji pomagajo pri vseh družinskih vidikih, ki bi lahko vplivali na zdravje otrok v družini, kar je seveda precej širše kot le vključevanje družine v odločitve, povezane z zdravjem otroka. Sem sodijo npr. teme kot so zdravje staršev, čustvena podpora, nasilje v lokalni skupnosti, socio-ekonomsko stanje družine, raba psihoaktivnih snovi v družini ipd. V ZDA nekaj več kot tri četrtine staršev poroča, da so bili vprašani o kajenju, precej manj kot polovica pa, da so bili povprašani po drugih temah, ki sodijo v ta okvir. Starši, kot kaže, se potencialno strinjajo s pediatrično oskrbo, ki je orientirana na družino (5).

3.4.3. Finska

Skrb za zdravje matere, otroka in mladostnikov ima na Finskem že dolgoletno tradicijo, kar je razvidno tudi iz dobro organizirane mreže klinik za zdravstveno varstvo mater, otrok in mladostnikov, ki so nameščeni v okviru zdravstvenih centrov (52). Storitve klinik so vodene in

organizirane na lokalnem nivoju, tudi financiranje poteka v glavnem preko lokalnih proračunov (53). Storitve klinik so za uporabnike brezplačne (52,54) in geografsko dobro dostopne (54).

Del teh storitev so tudi storitve promocije zdravja, ki potekajo od rojstva pa do starosti 18 let, njihov cilj pa je postavitve osnov za zdravo življenje. Storitve odsevajo potrebe družin, lokalne skupnosti in posameznika. Izvajalci proaktivno iščejo najboljše pristope in si prizadevajo usposobiti družine, da prevzamejo odgovornost za lastno zdravje (54).

Zakonodaja sicer ne opisuje natančno, kako naj zdravstveni center izvaja storitve, to je prepuščeno lokalnim oblastem, vendar pa za določene storitve obstajajo nacionalna priporočila glede izvajanja, med drugim za področje skrbi za zdravje matere, otroka in mladostnikov (52).

V zdravstvenem varstvu mater, otrok in mladostnikov delujejo zdravniki in sestre (52). Osnovni tim sestavljajo javnozdravstvena sestra, babica, splošni zdravnik, zobni higienik in zobozdravnik. Psihologi, fizioterapevti, logopedi, nutricionisti in socialni delavci sodelujejo s timom, kadar je to potrebno (54). Sestre imajo zelo pomembno vlogo v teh centrih, saj postaja normalna praksa, da je obisk pri sestri prvi kontakt v zdravstvenem centru. Večino storitev v okviru zdravstvenega varstva mater, otrok in mladostnikov in promocije zdravja izvajajo prav posebej za delo v preventivi usposobljene sestre (52).

Predšolski otroci

Cilj storitev klinik za zdravje predšolskih otrok je promocija zdravja otrok in blagostanja družine ter zmanjševanje neenakosti v zdravju med družinami z otroci do 7. leta starosti. Na omenjenih klinikah spremljajo fizični, psihološki in socialni razvoj predšolskih otrok in nudijo podporo staršem oziroma celotni družini. Osredotočajo se na čim zgodnejšo identifikacijo možnih težav in organizacijo ustrezne podpore (54,55). Storitve, vsebino in metode dela določajo smernice iz leta 2004, ki so v celoti na voljo le v finščini. Predpisane so univerzalne storitve, za otroke in družine s posebnimi potrebami pa so priporočene dodatne storitve in obiski (na kliniki ali na domu). Glede na priporočila naj bi ena javnozdravstvena sestra pokrivala največ 340 otrok v starosti do 7. let, en zdravnik pa največ 2.400 otrok, oba za polni delovni čas (56). Klinike organizirajo 16 periodičnih obiskov, 5 od tega pri zdravniku, ostale pri javno-zdravstveni sestri. V prvih dveh letih življenja sestre izvedejo 10 do 15 obiskov, nato pa vsako leto 1 obisk do vstopa v šolo (54,55,57). Ista javnozdravstvena sestra dela z družino do 7. leta starosti (58). Javnnozdravstvena sestra ali babica izvedeta obisk na domu pred in po rojstvu in še dodatno, v kolikor je to potrebno (52-54,57). Dodatno podporo prejmejo starši preko starševskih skupin, kar se je izkazalo kot učinkovito (52-54). Sestre so za svoje delo podprte z gradivi in navodili za izvajanje vzgoje za zdravje, na voljo pa so tudi gradiva za družine (57).

Klinike se že povezujejo z drugimi organizacijami, ki so aktivne na področju zdravja družin z otroci, vendar na Finskem želijo še dodatno okrepiti povezovanje med zdravstvenimi službami, socialnimi službami, izobraževalnimi institucijami in nevladnimi organizacijami (56). Skorajda vse finske družine (ne glede na socio-ekonomski položaj (54)), koristijo storitve teh klinik (54,55,57), na kar kaže visok odstotek precepljenosti (97%) (54,55).

Šolajoči se otroci in mladostniki

Cilj šolske zdravstvene skrbi je promocija blaginje celotne šolske skupnosti in zdravja učencev ter vzpodbujanje zdrave rasti in razvoja. Organizirana je za učence od 7. do 18. leta starosti. Izvaja se v sodelovanju z učenci, šolskim osebjem, starši in drugimi deležniki (53). Storitve so na voljo v glavnem tekom šolskega dneva v sami šoli ali njeni neposredni bližini (53), izvajata pa jo splošni zdravnik in javnozdravstvena sestra (54). Po priporočilih naj bi sestre in zdravniki šolarje v devetletnih osnovnih šolah pregledali v celoti vsaj trikrat, na vse preglede in dogovorjena srečanja so povabljeni tudi starši (53). Javnozdravstvena sestra pa ima letne kontakte z otroci in mladostniki (54). V okviru šolske zdravstvene skrbi sta promocija zdravja in svetovanje prioritetni področji, najpomembnejša področja so prehrana, telesna dejavnost, duševno zdravje, droge, tobak in reproduktivno zdravje, pa tudi nasilje, ustrahovanje (53,54), socialna izključenost idr (54). Zdravstveni delavci sodelujejo tudi v pripravi šolskega kurikulumu in tako zagotovijo, da šolsko okolje promovira zdravje ter sodelujejo v pripravi priporočil za posebne situacije (53). Storitve, vsebino in metode dela v okviru osnovnih šol določajo smernice iz leta 2004, ki so v celoti na voljo le v finščini (59). Storitve, vsebino in metode dela od vključno srednjih šol naprej pa določajo smernice iz leta 2006, ki so prav tako na voljo v celoti le v finščini. Te smernice opredeljujejo, da ima lahko ena javnozdravstvena sestra v srednjih poklicnih šolah približno 400 dijakov, v ostalih vrstah šol pa okoli 800 dijakov ali študentov. Polno zaposlen zdravnik lahko pokriva 2.500 do 3.000 študentov (60). Za organizacijo dijaške/študentske zdravstvene skrbi so prav tako odgovorne lokalne oblasti. Cilji teh storitev so vzdrževanje in izboljševanje blaginje dijakov/študentov tudi preko promocije zdravja (53).

3.4.4. Švedska

Storitve v smislu skrbi za zdravje otroka in mladostnika so organizirane od rojstva do starosti 18. let. Preventivne dejavnosti so v Švedski zelo pomemben vidik v skrbi za zdravje otroka in mladostnika. Storitve se izvajajo večinoma v okviru lokalnih zdravstvenih centrov, za njihovo izvajanje so odgovorne lokalne oblasti. Javno-zdravstvene aktivnosti se odvijajo tudi v šolskem okolju. Šolske sestre in učitelji izvajajo splošno zdravstveno izobraževanje, preventivne dejavnosti pa izvajajo splošni zdravniki, okrožne sestre in babice (61).

Predšolski otroci

Pri predšolskih otrocih, to je do 6. leta starosti, opravi posebej izobražena sestra 15 pregledov, zdravnik pa 5 pregledov, od tega sta dva pregleda v isti starosti (62,63). Vzgojo za zdravje / promocijo zdravja izvaja sestra, preprečevalne programe prav tako, ima tudi kontakte z vrtci in šolo (za otroke pred vstopom v šolo). Zdravnik torej opravlja le preglede ob določenih starostih ter napoti otroka v šolsko zdravstveno službo ob določeni starosti (63). Omenjene obiske vidijo tudi kot možnost za izvajanje vzgoje za zdravje in usmerjenega svetovanja (62).

Švedi poudarjajo pomen javno-zdravstvene sestre in tega, da se je potrebno preusmeriti od iskanja odstopov od zdravja na zdravje.

Menijo, da je pri predšolskih otrocih pomembno uvesti univerzalni program za vse družine, poleg tega intenzivirane, ciljne dejavnosti za ranljive skupine in individualizirano pomoč za družine in otroke s posebej visokim tveganjem za bolezni ali z znaki okvarjenega zdravja. Predlagajo, da intenzivirani programi nudijo tudi obiske na domu, saj dokazi potrjujejo, da so obiski na domu pri družinah z visokim tveganjem, učinkoviti. Poudarjajo tudi pomen močnejših povezav z vrtci in socialnimi ustanovami. Pri predšolski vzgoji bi moral biti tim v zdravstvu sestavljen iz sestre, splošnega zdravnika, pediatra in psihologa. Pri vzgoji za zdravje oziroma promociji zdravja poudarjajo teme kot so dojenje, izpostavljenost tobačnemu dimu otrok in kajenje matere ter sekundarne preventivne ukrepe pri astmi in alergijah pri družinah s tveganjem (64) ter nenadno smrt dojenčka, poškodbe, duševno zdravje, okužbe dihal, kar so osnovali na dokazih (65). Program za predšolske otroke zajame trenutno skoraj 100% otrok na Švedskem, pri čemer ni razlik med posameznimi območji. Program se izvaja v posebnih centrih, ki so pod nadzorom posebej določenega pediatra. Centri so locirani v zdravstvenih centrih ali izven njih, vodijo jih sestre in splošni zdravniki, včasih pediatrične sestre. V okviru centrov se tudi izvaja izobraževanje staršev. Organiziranost centrov se zelo razlikuje med posameznimi področji. Poudarjajo pomen tega, da je program zasnovan glede na potrebe in želje otrok in družin in da je redno vrednoten. (63).

Šolajoči se otroci in mladostniki

Na nacionalnem nivoju imajo sicer pripravljena navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva, vendar imajo dokaj proste roke pri izvedbi na lokalnem nivoju. Večino preventivnega dela opravi posebej usposobljena medicinska sestra (tri leta doizobraževanja s področja javnega zdravja). Glavne naloge v okviru preventivnega zdravstvenega varstva so promocija zdravja, zdravniški pregledi, cepljenje, svetovanje in delo z otroci s posebnimi potrebami. V starosti od 7 do 16 let opravijo 3 preventivne zdravstvene preglede. Vsak obisk šolajočega otroka v zdravstvenem sistemu izkoristijo predvsem za promocijo zdravja. V okviru promocije zdravja izvajajo individualno svetovanje glede na potrebe posameznika,

skupinsko obliko dela s celotnim razredom oziroma podpirajo in pomagajo pedagoškim delavcem pri izvajanju vsebin zdravja v okviru šolskega učnega načrta (58).

3.4.5. Velika Britanija

Nacionalni standardi za zdravje otrok in mladostnikov so zajeti v t.i. "National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services". Program je bil objavljen leta 2004 in je 10-letni program, ki vsebuje nacionalne standarde za zdravje otrok. Standardi zajemajo ne le zdravstveni sistem, pač pa tudi socialne službe in šolski sistem. Standardi so v pomoč lokalnim službam pri pregledu in izboljševanju različnih storitev na področju zdravja otrok in mladostnikov, med drugim tudi na področju preprečevanja slabega zdravja in bolezni preko vzpodbujanja otrok in družin, da razvijejo zdrav življenjski slog in sodelujejo v preprečevalnih programih ter preko promocije fizičnega zdravja, duševnega zdravja in čustvenega blagostanja. Storitve se delijo na tri skupine, prve so univerzalne in dostopne vsem, druge ciljane in namenjene tistim, ki se sicer ne odločajo za uporabo tovrstnih storitev, tretje pa so specialistične storitve za otroke s posebnimi potrebami. Standardi so razdeljeni v tri skupine, v prvem delu so standardi glede storitev, namenjenih otrokom, mladim in staršem, v drugem delu otrokom s posebnimi potrebami in v tretjem storitvam za bodoče starše s poudarkom na nosečnicah. V okviru prvega dela se v okviru standarda številka 1 nahajajo vsebine promocije zdravja vse od bodočih staršev, novorojenega otroka do zaključenega odraščanja (66).

"Child Health Promotion Programme" je natančnejša dopolnitev standarda številka 1 in natančneje opisuje storitve v okviru primarnega zdravstvenega sistema za otroke do 5. leta starosti (66,67). Program je strateški, dolgoročen, vezan na izide, osredotočen na partnerstva in osnovan na dokazih, strokovno voden in visoko profesionalen (67). Za ostale starostne skupine so natančnejši programi še v pripravi.

Otroci do starosti 5. let

Univerzalne storitve so namenjene vsem otrokom, specialne storitve pa so načrtovane glede na različne potrebe in stopnje tveganja. Eden od ciljev je tudi zmanjševanje neenakosti v zdravju otrok, zato želijo ustrezno razporediti vire in se primerno usmeriti v posebej ranljive skupine, to so otroci z visokim tveganjem in maloštevilnimi zaščitnimi dejavniki, predvsem iz revnih okolij in družin s številnimi dejavniki tveganja (duševne bolezni, nasilje v družini, zloraba substanc, slabe bivanjske razmere ipd.). Pri teh je cilj zagotoviti ustrezne preprečevalne ukrepe in/ali zgodnje intervencije. Do razlik v zagotavljanju storitev naj ne bi prihajalo zaradi različnega obsega lokalnih investicij, pač pa zaradi raznolikosti potreb in tveganj (67).

Glede na pretekle programe nov predstavlja spremembo zaradi večje orientiranosti na obdobje nosečnosti; večje integracije in delitve informacij z organizacijami, ki se ukvarjajo z družinami; rutinskega dela z obema staršema, ne le materami; delovanja ne le na tveganjih, pač pa tudi zaščitnih dejavnikih; oceno bodočih tveganj, ne le trenutnih potreb; dobro koordinacijo med vsemi, ki delajo na tem področju; rednim vrednotenjem. Programa ne vodi več splošni zdravnik, pač pa t.i. "health visitor", to so posebej izurjene in šolane javnozdravstvene sestre. Program izvajajo primarni zdravstveni timi in t.i. "Sure Start" otroški centri. V izvajanje programa je vpleteno veliko število različnih zdravstvenih delavcev, to so splošni zdravniki, sestre, babice, t.i. "health visitors", "community nursery nurses" idr (67).

T.i. "health visitor" so zadolženi za vodenje programa in izvajanje preventivnih programov, med drugimi tudi za obiske na domu, predvsem pa naj bi delovali pri družinah z največjim tveganjem, ki imajo majhne otroke. Splošni zdravnik in primarni zdravstveni tim skrbi za nadzor zdravja, zaščito zdravja in klinično oskrbo. Del storitev so sistematični pregledi ("health and development reviews"). V prvih petih letih jih je v okviru univerzalnega programa načrtovanih vsaj 10, v okviru razširjenega programa za otroke z razvojnimi ali zdravstvenimi problemi in otroke iz družin z visokim tveganjem pa jih je lahko več. Za vsakega od obiskov so navedene teme svetovanja/zdravstvene vzgoje oziroma promocije zdravja in navedena dostopna gradiva (67).

Za ustrezno infrastrukturno podporo, kamor sodijo informacije za starše v obliki ustreznih gradiv, materialov, za biranje podatkov in vzdrževanje kartotek, strokovno vodenje in nadzor, sistematično ocena potreb populacije, alokacijo virov, dostopnost, prostore in opremo, prilagodljivost človeških virov ter kazalnike izidov, so delno že poskrbeli, načrtujejo pa še ustrezne aktivnosti v prihodnosti. Načrtujejo elektronsko kartoteko otroka. Cilj je ustvariti zelo visoko dostopen program z multidisciplinarnimi timi. Lokacija tima bo izbrana glede na lokalne značilnosti in bo lahko zdravstvena ustanova, otroški centri, šole in druga mesta v lokalnih skupnostih. Pomembno je, da t.i. "health visitors" ohranijo tesne stike s primarnim zdravstvenim timom, saj le-ta izvaja določene osnovne dejavnosti v okviru programa in obratno, vsak tim mora imeti redne stike s t.i. "health visitors", s katerimi se mora pogovoriti o posameznih otrocih in družinah v okviru izvajanja programa. Med kazalnike izidov uvrščajo kazalnike dojenja, preprečevanja debelosti, otroške umrljivosti, pokritost s cepljenji, udeležbo v programu, kajenje med nosečnostjo, nosečnosti med mladoletnicami, hospitalizacije zaradi poškodb, kajenje med mladimi idr (67).

Vrtci so prav tako ustrezno mesto za podajanje sporočil v okviru promocije zdravja in marsikateri to tudi rutinsko izvaja, vendar pa niso obvezani sodelovati v sistemu zdravih šol (23).

Za čas nosečnosti in starosti otroka do 5. let načrtujejo v prihodnje izboljšave v smislu nadaljnjega povečevanja števila t.i. "health visitor", okrepljene vloge "Sure Start" centrov,

razvoj novega programa za obdobje nosečnosti in priprave na starševstvo in okrepitev uspešnega programa, ki je usmerjen v intenzivno pomoč najbolj ranljivim prvorodkam (44). Do leta 2010 bo Sure Start center lociran v prav vsaki lokalni skupnosti, skupno jih bo nekaj več kot 3.500 (68).

Šolajoči se otroci in mladostniki

V Veliki Britaniji šolo prepoznajo kot ključno okolje za multidisciplinarni pristop k zdravju otrok in mladostnikov, s tem pa je seveda povezan velik poudarek na vlogi šolske sestre. Zakonodaja trenutno še ne zahteva zdravstvene službe v okviru šole in zato dopušča možnost, da se le-ta izvaja v okviru primarnega zdravstvenega varstva, torej jo le priporoča, vendar zanjo niso zagotovljeni ali predpisani pogoji. V marsikateri regiji se celo zmanjšujejo investicije v šolsko zdravstveno službo (69). Kljub temu pa v Veliki Britaniji smatrajo šolsko sestro kot ključno za premoščanje vrzeli med zdravstvenim in izobraževalnim sektorjem. Šolske sestre lahko veliko pridonesejo k programu "Zdravih šol", saj so idealno locirane za svetovanje in podporo mladim glede zdravstvenih tem, imajo vpogled v zdravstvene potrebe šole in lahko s tem vedenjem in svojim znanjem podprejo šolski tim in tudi lokalno skupnost, povežejo šole s primarnim zdravstvenim timom idr (24). Dejansko je delovanje šolske sestre oziroma timov tesno prepleteno z "Zdravimi šolami" (23,68).

Po vstopu v šolo je sicer malo formalnega nadzora nad zdravjem, sta pa zato promocija zdravja in detekcija problemov del vsakodnevnega šolskega življenja in se izvajata na proaktiven način. Še posebej pomembna so obdobja prehodov, to je vstop v osnovno šolo in prehod iz osnovne v srednjo šolo (23). Trenutno se izvajanje storitev za zdravje otrok v šolskem okolju precej razlikuje po posameznih šolah in območjih (68).

Trenutno so obvezni le redni pregledi šolarjev v primernih časovnih intervalih (69,70), ki se lahko izvajajo v okviru primarnega zdravstvenega varstva ali v šolah (69). Ne glede na to, šolske sestre izvajajo širši obseg storitev (70). Sestre v šolah predstavljajo pomemben način izvajanja storitev za zdravje šolskih otrok na vseh aktualnih področjih. Njihova vloga se je močno spremenila v zadnjih letih, danes lahko šolske sestre nudijo šolam strokovno znanje, zaupno svetovanje o zdravju za otroke in mladostnike, nadzor nad zdravjem šolske populacije in delo s šolskim timom na ustvarjanju okolij, ki promovirajo zdrav slog življenja (71). Pomemben del njihovega dela je vzgoja za zdravje (72).

V šolah izvajajo vzgojo za zdravje t.i. "School Health Teams", ki ga poleg šolskih sester lahko sestavlja tudi drugo podporno osebje. Ti v okviru osnovne šole izvedejo 7 obiskov in po končani osnovni šoli še dodatne obiske. Teme promocije zdravja so življenjski slog (vedenje, enureza, spolnost, raba substanc, nasilje, duševno zdravje, zdrava prehrana, osebna varnost, telesna dejavnost, nalezljiva stanja, pomembne lokalne informacije), vzgoja za zdravje za šolsko osebje in oralno zdravje. Te teme niso predpisane po posameznih starostih

in obiskih, pač pa celokupno za šolsko obdobje, in sicer glede na lokalne načrte ali izvajanje zdravih šol (73).

V letu 2009 so izdali strategijo o zdravju otrok in mladostnikov za zdravje. V pripravi strategije so kontaktirali prav vse deležnike, ki so vpleteni v sistem zdravja otrok in mladostnikov, tudi otroke in mladostnike in njihove starše, da bi čim boljše spoznali njihove potrebe in želje (68). V raziskavi mnenj vseh relevantnih deležnikov o vlogi šolske sestre se je izkazalo, da je trenutna vloga šolske sestre zaščita zdravja in blagostanja otrok, promocija zdravja, zaupništvo in podpora družinam. Obenem ima šolska sestra vlogo svetovalca za zdravje za šolski tim, starše in učence (69). Kot glavne ovire za delo sestre so anketiranci navedli nejasnost in nedefiniranost njene vloge (69,70), pomanjkanje ocen dejanskih potreb, standardov dela (69) in dejstva, da so zaenkrat šole obvezane le, da podpirajo rutinske preglede in cepljenja, kar v nekaterih šolah omejuje izvajanje vzgoje za zdravje (69,70) ter časovne omejitve glede na številne naloge in aktivnosti, omejeno razumevanje različnih organizacij glede lokalnega povezovanja za zdravje, odpor v šolskem sektorju in premalo investicij v izobraževanje in usposabljanje sester (24). Deležniki se sicer strinjajo, da je šola primerno okolje za vzgojo za zdravje. Šolski delavci ocenjujejo svojo vlogo kot omejeno zaradi vse večjega poudarka na dosežkih v znanju in poudarjajo pomen vpletenosti sestre v vsakodnevno življenje šole. Učenci si želijo, da bi sestra preživela še več časa v šoli, da bi jo lahko boljše spoznali. Obenem se je izpostavila pomanjkljiva pokritost mladostnikov, ki niso vključeni v šolski sistem (69).

V Veliki Britaniji poudarjajo, da je pomembna povezanost šolske zdravstvene službe s primarnim zdravstvenim timom in njegova seznanjenost z delom šolske zdravstvene službe (56). Potrebne so nacionalne usmeritve za delo šolske zdravstvene službe, ki morajo biti predvsem osnovane na potrebah otrok in manj na mnenjih strokovnjakov (70).

Na regionalnem nivoju nad delom šolskih sester bdijo "school nurse managers" (24).

V srednjih šolah in univerzah ima približno tri četrtine šol svoje zdravstvene službe za svetovanje, tako da imajo dijaki in študentje hiter dostop do nasvetov o zdravi spolnosti in kontracepciji in tudi drugih temah (zdrava prehrana, zloraba drog, opuščanje kajenja idr.). Mnogi mladi niso naklonjeni umestitvi tovrstnih storitev v zdravstvene ustanove, pač pa jih želijo na mestu svojih vsakodnevnih aktivnosti. V kolikor so tovrstne storitve v okviru zdravstvenih centrov, morajo biti prilagojene pričakovanjem, potrebam in željam mladih (68). V Veliki Britaniji trenutno raziskujejo obstoječe potenciale za visoko prilagodljivo, izučeno delovno silo za področje zdravja adolescentov, ki bo osnova za izvajanje spektra zdravstvenih in socialnih storitev v okviru različnih okolij, glede na lokalne potrebe in bo osredotočena na promocijo zdravja in zgodnjo intervencijo (68).

Za šolske otroke načrtujejo pripravo posebnega programa (paralela "Children Health Promotion Programme"), ki bo natančno predpisoval storitve, ki bodo na voljo otrokom in

staršem po celi državi, obenem pa načrtujejo tudi okrepitev Nacionalnega programa zdravih šol. V naslednjem obdobju nameravajo v Veliki Britaniji še dodatno okrepiti vlogo šol v promociji zdravja in dobrega počutja otrok. Prav tako nameravajo okrepiti vlogo splošnega zdravnika v okviru storitev za otroke v lokalnem okolju in dodatno iskati optimalne kazalnike zdravja otrok (68).

3.4.6. Danska

Danska je prešla v zadnjih letih kar nekaj reform s področja šolskega preventivnega zdravstvenega varstva. Glavna reforma je obrat od preventive bolezni s presejanji kot osrednjo metodo do promocije zdravje in dialogom oziroma pogovorom ("health dialogue") kot ključno metodo. Zakon omogoča mladim zdravstvene preglede pred vstopom v šolo in ob zaključku šolanja. Med šolanjem pa šolska medicinska sestra vabi šolarje na redne posvete glede na njihove vsakodnevne potrebe v zvezi z zdravjem, jih spodbuja in jih poučuje, informira o bolj zdravih izbira. Merjenje višine, teže, pregled oči, sluha pa opravijo v okviru teh posvetov. Redni pregledi in presejanja pa so namenjeni otrokom, ko je to potrebno, prav tako zdravstvena vzgoja v splošnem. Šolska zdravstvena služba je locirana na šolah (74).

3.4.7. Avstralija

Do starosti 4 let skrbijo za zdravje otrok in družine javno-zdravstvene sestre iz centrov za zdravje otrok. Storitve vključujejo tudi svetovanje in zdrav življenjski slog. Vsak lokalni zdravstveni center nudi zdravstvene storitve za osnovne in srednje šole za svojo geografsko področje. Osebjem, običajno je to šolska zdravstvena sestra, redno obiskuje osnovne šole in nudi med drugim tudi svetovanje in podporo v povezavi z večino tem, ki je pomembna za adolescente ter je lahko vključena v programe promocije zdravja v šolah. Sodeluje tudi s starši (75).

3.5. Vsebine in učinkovitost vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva

3.5.1. Mednarodni dokumenti

V dokumentih SZO lahko zasledimo usmeritve glede vsebin za izboljšanje zdravja otrok in mladostnikov. V okviru "Strateških usmeritev za izboljšanje zdravja in razvoja otrok in adolescentov" SZO iz leta 2003, so kot prioriteta navedena naslednja področja dela:

zdravje matere in novorojenčka, prehrana, nalezljive bolezni, poškodbe in nasilje, fizično okolje, zdravje adolescentov in psihosocialni razvoj in duševno zdravje (1). Tudi Evropsko poročilo o zdravju 2005 SZO navaja determinante zdravja pri otrocih in adolescentih, v okviru katerih je potrebno delovati (6):

1. Determinante v zgodnjem razvoju (zdravje matere, dojenje, prehranske navade, okužbe s HIV)
2. Determinante okolja (bivalne razmere, kvaliteta zraka, vode, izpostavljenost strupenim snovem, poškodbe, zastrupitve)
3. Vedenjske determinante (kajenje, alkohol, nedovoljene droge, prehrana in telesna dejavnost, zdrava spolnost in načrtovanje družine)
4. Determinante družine in lokalne skupnosti (domače okolje, ki promovira zdravje, preprečevanje zlorabe otrok)
5. Družbene determinante (revščina, socio-ekonomske neenakosti)

Potrebno je, da vzpostavimo komplementarne strategije zdravja, v katere zajamemo bolezni in življenjske stile, ki so pomembni pri bremenu bolezni odraslih in otrok, ne glede na raznolikosti (10).

"Evropska strategija zdravja in razvoja za otroke in mladostnike" navaja sedem prioritetenih področij za delovanje v evropskem prostoru. Ti so zdravje matere in novorojenčka, prehrana, nalezljive bolezni, poškodbe in nasilje, fizično okolje, zdravje v adolescenci (tvegana vedenja oziroma življenjski stil) in psihosocialni razvoj in duševno zdravje in jih podrobno razčleni, kot je prikazano v spodnji tabeli (11,76).

Obdobje (76)	Cilji
Pred rojstvom in v času okoli rojstva	<p>Pred spočetjem in nosečnostjo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - načrtovanje družine - dodajanje folne kisline - genetsko svetovanje - nosečnost brez tobaka, alkohola in rabe drugih snovi - primerna prehrana, vključno z mikrohranili - cepljenje tetanus, rdečke - priprave na starševstvo - zgodnja potrditev nosečnosti - preprečevanje SPB in HIV <p>Med nosečnostjo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostop do kvalitetne antenatalne nege - preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje anemije - preprečevanje in zdravljenje infekcij, npr. SPB - zaščita pred izpostavljenostjo škodljivim snovem - zgodnje odkrivanje in zdravljenje komplikacij med nosečnostjo in upočasnitve rasti fetusa - priprave na porod

	<p>Med porodom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - varen porod - zgodnje odkrivanje in zdravljenje komplikacij pri otroku - osnovna nega novorojenčka - ustrezna oskrba komplikacij - zgodnji kontakt mati otrok in začetek dojenja - specialna nega in zdravljenje za otroke z nizko porodno težo in bolne novorojenčke - preprečevanje prenosa HIV z matere na otroka <p>V prvih 4 tednih življenja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadaljevanje dojenja - hitra prepoznavna in zdravljenje bolezni pri novorojenčku - vzpostavljanje povezanosti s staršem - cepljenje - preprečevanje, zaznavanje, oskrba in podpora mamicam s poporodno depresijo - preprečevanje prenosa HIV z matere na otroka
<p>Prvo leto življenja</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nadaljevanje dojenja z uvajanjem primernih drugih vrst hrane od 6. meseca starosti dalje - stimulacija skozi igro, komunikacijo in socialne interakcije - zgodnja vzpostavitev zdravih prehranjevalnih navad - dostop do varne hrane in čiste vode - zaščita pred onesnaževalci zunanjega zraka in zraka v zaprtih prostorih - cepljenje - preprečevanje, zgodnje zaznavanje in vodenje glavnih prenosljivih bolezni in parazitarnih bolezni in infestacij - odkrivanje in vodenje motenj vida in sluha
<p>Zgodnje otroštvo in priprave na vstop v šolo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nadaljnja stimulacija skozi igro, komunikacijo in socialne interakcije - primerna komplementarna prehrana z nadaljevanjem dojenja tja do 2. let starosti - zgodnja vzpostavitev zdravih prehranjevalnih navad - dostop do varne hrane in čiste vode - zaščita pred onesnaževalci zunanjega zraka in zraka v zaprtih prostorih - cepljenje - preprečevanje, zgodnje zaznavanje in vodenje glavnih prenosljivih bolezni in parazitarnih bolezni in infestacij - odkrivanje in vodenje motenj vida in sluha - odkrivanje razvojnih motenj in motenj učenja - ustna in osebna higiena - izogibanje pasivnemu kajenju - preprečevanje zlorabljanja in zanemarjanja otrok - varen dom in okolje v soseski.
<p>Poznejše otroštvo do vstopa v puberteto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zdrav življenjski stil: redno telesna dejavnost, dobra ustna in osebna higiena, raznolika prehrana - preprečevanje, zgodnje prepoznavanje in zdravljenje duševnih motenj - odkrivanje in terapevtsko vodenje senzoričnih in učnih motenj - možnost za igro, učenje in druženje v otroku prijaznem okolju - zaščita pred tveganimi vedenji, vključno s tobakom, alkoholom, drogami in nezaščitenimi spolnimi odnosi - zaščita pred pasivnim kajenjem - zaščita pred izkoriščanjem in tveganim delom v otroštvu - preprečevanje zlorabljanja in zanemarjanja otrok - promocija zdravega šolskega okolja, ki spodbuja fizično in psiho-socialno dobro počutje - varen dom in okolje v lokalni skupnosti

Adolescenca	<ul style="list-style-type: none"> - nadzor nad neustreznim na otroke usmerjenim trženjem - razvoj zdravega življenjskega stila: redno telesna dejavnost, dobra ustna in osebna higiena, raznolika prehrana - preprečevanje tveganih vedenj, vključno s tobakom, alkoholom, drogami in nezaščitenimi spolnimi odnosi - mladim prijazne zdravstvene storitve za reproduktivno zdravje, vključno s kontracepcijo, preprečevanjem neželenih nosečnosti, preprečevanje in zdravljenje SPB, HIV in drugih infekcijskih bolezni - mladim prijazno svetovanje in zdravstvene storitve za druge zdravstvene težave, kot so nasilje, zloraba, ustrahovanje, slabo duševno zdravje - zaščita pred izkoriščanjem in tveganimi oblikami dela - preprečevanje spolne, fizične ali psihične zlorabe - promocija zdravega šolskega okolja, ki spodbuja fizično in psiho-socialno dobro počutje - podporno domače okolje in lokalna skupnost - nadzor nad neustreznim na adolescente usmerjenim trženjem - cepljenje - preprečevanje poškodb - izobraževanje o odnosih in starševstvu
-------------	--

3.5.2. Učinkovitost vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva

Raziskav, ki bi vrednotile vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike v primarnem zdravstvu, je malo (29). Trenutni sistem zaradi pomanjkanja dokazov o učinkovitosti večine priporočenih aktivnosti in storitev ni ravno znanstveno osnovan. Le posamezna priporočila imajo zadosten obseg dokazov o učinkovitosti, zato se nekateri strokovnjaki bojijo, da bi ponovno poseganje v sistem le na osnovi obstoječih dokazov, bilo lahko škodljivo ali preobsežno. Vendar pa nihče ne more trditi, da je preventivno delovanje pri otrocih in mladostnikih nesmiselno ali neučinkovito, saj gre le za pomanjkanje dokazov, ker raziskave niso bile opravljene in ne za dokaze o neučinkovitosti teh pristopov. Obstajajo pritiski za boljše, bolj racionalne, znanstvene usmeritve za preventivo pri otrocih in mladostnikih, vendar pa lahko naredimo veliko v zagovor tem intervencijam, tudi preden bomo dočakali zadovoljiv obseg dokazov (21). Raziskave učinkov tovrstnih intervencij, še posebej randomizirane, primerjalne, so težko izvedljive, kar je dodaten vzrok, da je teh dokazov malo. Potrebni so veliki vzorci, intervencijo je težko standardizirati, še težje je posploševati zaključke (kot npr. pri oceni učinkovitosti cepljenj), še posebej, kadar se v skupnosti prepletajo različne. Pri upoštevanju obstoječih dokazov se moramo tudi zavedati, da je samo svetovanje zdravnikov s ciljem spremembe vedenja neučinkovito, v kolikor ni podprto z družbenimi normami in ukrepi (65).

V priporočilih se predvsem priporočajo programi za preprečevanje poškodb. Obstajajo dokazi, čeprav zelo omejeni, o zmerni učinkovitosti programov za preprečevanje poškodb (raba varnostnih pasov in otroških avtomobilskih sedežev, kolesarske čelade, varno

prečkanje ceste). Za druge programe je raziskav premalo, ali pa raziskave ne potrjujejo njihove učinkovitosti (5,29).

Priporočila vključujejo tudi programe za zmanjševanje nasilja, preprečevanje kajenja, preprečevanje rabe alkohola in drog. Raziskav na teh področjih je premalo, da bi lahko postavili jasne zaključke (29,31). Na voljo so nekateri dokazi, ki govorijo o ugodnih učinkih pri zmanjševanju pitja alkohola (5). Obstajajo dokazi, ki govorijo o učinkovitosti kliničnih intervencij za zmanjševanje rabe psihoaktivnih snovi, še posebej, če so podprte s sporočili v drugih okoljih (šolsko, domače, lokalna skupnost idr.) (31).

Raziskave učinkovitosti programov preprečevanja spolno prenosljivih bolezni in preprečevanja nosečnosti prikazujejo mešane rezultate, obenem pa učinkovitost intenzivnejših pristopov, ne pa kratkega nasveta (29). Raziskave kažejo na vpliv svetovanja v kliničnem okolju na povečano uporabo kondomov in kontracepcije (5).

Raziskav o programih, ki se tičejo prehrane, telesne dejavnosti in preprečevanja debelosti je na voljo premalo za jasne zaključke. Podobno velja za programe promocije dojenja (29).

Različne organizacije iz ZDA so izdale priporočila glede vsebin vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Priporočila "US Preventive Service Task Force" (USPSTF) (49) in "American Academy of Family Physicians" (50) so pripravljena na osnovi sistematičnih pregledov dostopnih dokazov in njihove kvalitete. Priporočila "American Medical Association" (39) in "Institute for Clinical Systems Improvement" (51) sta prav tako po navedbah pripravljena na osnovi dokazov, vendar metode in vsebina pregledov niso dostopne. Priporočili "American Academy of Pediatrics" (40,41) sta osnovani na soglasnem mnenju strokovnjakov, vendar brez jasne navedbe virov. Vsebine in priporočeni programi se med seboj razlikujejo. Na splošno vse smernice priporočajo vzgojo za zdravje in svetovanje o številnih tematikah, ustrezno prilagojenih na starost in razvoj, čeprav ni veliko dokazov o učinkovitosti tovrstnih strategij. Priporočila obsegajo tako svetovanje o tveganjih in preprečevanje, kot tudi poizvedbo o mladostnikovem vedenju oziroma izkušnjah pri posamezni tematiki (31).

Priporočila "US Preventive Service Task Force" (USPSTF) obsegajo skrininge pri otrocih in vzgojo za zdravje za preprečevanja kariesa in ne vzgoje za zdravje oziroma svetovanje na drugih področjih (49).

Priporočila "American Academy of Family Physicians" (AAFP) (50) so pregled preventivnih storitev za splošno in specialne populacije, ki je pripravljen na osnovi obstoječih dokazov. Glede vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih se priporočila dotaknejo nekaterih tem in zaključujejo (50):

- AAFP se zaveda, da je izogibanje alkoholu med adolescenti zaželeno, učinkovitost nasveta zdravnika in svetovanja pa je zaenkrat nejasna.
- AAFP priporoča visoko intenzivno svetovanje s ciljem preprečevanja spolno prenosljivih bolezni za vse spolno aktivne adolescente, a zaključuje, da so trenutni dokazi nezadostni, da bi lahko ocenili ravnotežje med koristmi in škodljivostjo tovrstnega svetovanja pri spolno neaktivnih adolescentih.
- AAFP zaključuje, da je učinkovitost svetovanja pri povišani telesni teži pri otrocih in mladostnikih zaenkrat nejasna.
- AAFP se zaveda, da je redna telesna dejavnost zaželeno, a je učinkovitost nasveta zdravnika in svetovanja zaenkrat nejasna.
- AAFP močno priporoča svetovanje družinam z otroci glede škodljivih učinkov izpostavljenosti tobačnemu dimu in otrokovo zdravje.
- AAFP se zaveda, da je izogibanje tobaku pri otrocih in adolescentih zaželeno, a zaključuje, da je učinkovitost nasveta zdravnika in svetovanja še nejasna.

Priporočila "American Medical Association" (AMA) (39) obravnavajo izključno adolescente (Guidelines for Adolescent Preventive Services) in obsegajo starostno skupino od 11 do 21 let. Priporočila obravnavajo poleg skriningov in cepljenja tudi priporočila za izvajanje preventivnih storitev in priporočila za promocijo zdravja in dobrega počutja pri adolescentih in njihovih starših oziroma skrbnikih. Priporočila glede promocije zdravja in dobrega počutja pri adolescentih in njihovih starših oziroma skrbnikih priporočajo, da naj bodo adolescenti letno deležni svetovanja o zdravju/zdravstvene vzgoje, kar naj bi jim pomagalo z izzivi razvoja v tem obdobju in pa pri razvoju in vzdrževanju zdravih navad in pri preprečevanju poškodb. Vsi adolescenti naj bodo deležni letnega svetovanja/zdravstvene vzgoje (39):

- da bodo bolje razumeli svoje telesne, psihosocialne in psihoseksualne spremembe oziroma razvoj in pomembnosti lastne udeležbe pri odločitvah, ki se tičejo njihovega zdravja,
- za zmanjševanje poškodb (vključuje svetovanje za izogibanje alkoholu in drugim substancam, kadar vozijo motorno ali rekreativno vozilo oziroma v vseh situacijah, kjer bi to lahko privedlo do poškodbe, svetovanje za uporabo varnostnih pripomočkov, kot so čelade, varnostni pas v avtomobilu idr, svetovanje o razreševanju medsebojnih konfliktov brez nasilja, svetovanje za izogibanje uporabi orožja oziroma varni rabi, svetovanje o pravilnem ogrevanju pred telesno dejavnostjo),
- o prehranskih navadah, vključno s koristmi zdrave prehrane in pristopi za doseganje zdrave prehrane in uravnavanja telesne teže,

- o koristih telesne dejavnosti, vključno z vzpodbujanjem, da se udeležujejo varne in redne telesne dejavnosti,
- o odgovorni spolnosti, vključno z abstinenco. Dostopne naj bodo primerne oblike kontracepcije za preprečevanje nosečnosti in navodila za njihovo učinkovito uporabo in kondomi za preprečevanje spolno prenosljivih bolezni, vključno s HIV/AIDS.
- z namenom preprečevanja rabe tobaka, alkohola in drugih substanc ter anaboličnih steroidov.

Starši oziroma skrbniki adolescentov naj bodo deležni svetovanja/zdravstvene vzgoje vsaj enkrat v obdobju zgodnje adolescence, enkrat v srednji adolescenci in priporočljivo tudi enkrat v pozni adolescenci (39). Vzgoja za zdravje naj vključuje teme kot so (39):

- razvoj v adolescenci, vključno z informacijami o telesnem, čustvenem in spolnem razvoju,
- znaki in simptomi bolezni in čustvenih motenj,
- vedenje staršev, ki promovira zdrav razvoj adolescenta,
- razloge, zakaj naj se starši pogovarjajo o z zdravjem povezanih vedenjih s svojimi adolescenti, načrtujejo družinske aktivnosti in zakaj naj bodo vzor oziroma zgled za vedenja, povezana z zdravjem,
- o metodah, s katerimi lahko zmanjšajo poškodbe pri adolescentih, kot so nadzor nad vožnjo z motornimi vozili, še posebej, če gre za voznika začetnika, to, da ni orožja v domačem okolju, če pa že je, mora biti adolescentom strogo nedostopno, odstranjevanje orožja in potencialno nevarnih zdravil iz domov adolescentov, ki imajo samomorilne namene,
- nadzor in spremljanje adolescentovih družabnih in rekreacijskih aktivnosti glede rabe tobaka, alkohola in drugih drog ter spolnega vedenja.

Priporočila "Institute for Clinical Systems Improvement" (51) na osnovi dostopnih dokazov in njihove kvalitete ločujejo preventivne dejavnosti za otroke in adolescente na štiri nivoje in sicer na tiste, ki jih izvajalci morajo izvajati (prvi nivo), tiste, ki bi jih morali izvajati (drugi nivo) in tiste, ki so prepuščene presoji posameznega zdravstvenega delavca (ker zanje ne obstaja zadosten obseg dokazov, to je tretji nivo) in tiste, ki jih dokazi ne podpirajo in jih zato ne priporočajo (četrti nivo).

S področja vzgoje za zdravje v drugi nivo sodijo svetovanje glede nenadne smrti dojenčka in lege dojenčka med spanjem, preverjanje varnosti motornih vozil in svetovanje glede varnosti vožnje z motornimi vozili (od rojstva naprej do 1 leta), skringing debelosti (od 2 let naprej do 18 let), skringing rabe tobaka ter preprečevanje in intervencije na področju rabe tobaka pri adolescentih (od rojstva do 18 let, ker sem uvrščajo tudi pasivno kajenje) (51).

V nivo tri se uvršča skrining in svetovanje glede pitja alkohola, skrining in svetovanje glede zlorabe in nasilja v domačem okolju, preprečevanje poškodb v domačem okolju in pri rekreativnih aktivnostih, svetovanje glede preprečevanja nalezljivih bolezni, svetovanje o prehrani, svetovanje glede preprečevanja zanositve, svetovanje glede izpostavljenosti tobačnemu dimu, svetovanje o spolno prenosljivih boleznih, presejanje in svetovanje o kožnem raku (15). Za intervencije v nivoju tri ne obstajajo zadostni dokazi ali pa obstaja nekaj dokazov o škodljivostih. Odločitev o njihovi izvedbi naj bo narejena za vsako osebo posebej. Pomembno pa je, pravijo avtorji priporočil, da si zapomnimo, da pomanjkanje dokazov o učinkovitosti intervencij ne pomeni tudi neučinkovitih teh istih intervencij (51).

Med nepriporočenimi intervencijami ni takih, ki sodijo v vzgojo za zdravje (51).

Priporočila "American Academy of Pediatrics" (40), dopolnjena leta 2008, vključujejo priporočila za posamezne preglede ob določeni starosti (od rojstva do 21. leta starosti) glede anamneze, meritev, ocene razvoja in vedenja, fizikalnega pregleda, potrebnih postopkov, zdravja ustne votline in usmerjenega svetovanja. Med področja, ki se tičejo vzgoje za zdravje bi lahko vključili svetovanje, ki je priporočeno pri vsakem od 31 obiskov v tem obdobju. Priporočila glede izvajanja svetovanja so natančneje opredeljena v "Bright Future Guidelines" (40).

Priporočila "Bright Futures" (41) so osnovana na dokazih, a sami avtorji navajajo, da vendarle ne popolnoma, predvsem seveda zato, ker dokazov ne tem področju še primanjkuje. Pomanjkanje dokazov je problematično prav na področju svetovanja. Odločitve in priporočila so bila sprejeta na osnovi omejenih obstoječih dokazov in izkušenj in strokovnosti sodelujočih strokovnjakov. Gradivo je prešlo tudi čez številne roke recenzentov in drugih, ki so lahko podali pripombe in dopolnila nanj. Glede svetovanja in drugih zanimivih aspektov, povezanih s svetovanjem, poročilo navaja (41):

- Na voljo ni zadosti dokazov, da bi priporočili ali odsvetovali svetovanje s ciljem preprečevanja ali zmanjševanja pitja alkohola pri adolescentih v primarnem zdravstvenem varstvu.
- Obstajajo le omejeni dokazi, da je svetovanje s ciljem preprečevanja in zmanjševanja kajenja med otroci in adolescenti v okviru primarnega zdravstvenega sistema učinkovito. Ni bilo možno določiti ravnovesja med koristmi in škodljivostmi intervencij za preprečevanje kajenja oziroma za opuščanje kajenja v kliničnem okolju pri otrocih in adolescentih.
- Obstajajo mešani dokazi, da je svetovanje s ciljem preprečevanja in zmanjševanja rabe drog pri mladostnikih v primarnem zdravstvenem varstvu učinkovito.

- Trenutno ni raziskav na področju učinkovitosti svetovanja v primarnem zdravstvenem varstvu glede pozitivne samopodobe v primarnem zdravstvenem sistemu.
- Trenutno ni raziskav na področju učinkovitosti svetovanja v primarnem zdravstvenem varstvu glede prehrane malega otroka. Posamične raziskave kažejo, da je svetovanje v primarnem zdravstvenem varstvu glede ustrezne prehrane otroka učinkovito, vendar kot del obsežnega programa, kjer sodelujejo tudi drugi strokovnjaki.
- Dokazi kažejo, da je svetovanje v primarnem zdravstvenem varstvu glede dojenja učinkovito (in sicer kot del obsežnega programa s ciljem povečevanja dojenja).
- Trenutno ni raziskav na področju učinkovitosti svetovanja v primarnem zdravstvenem varstvu glede omejevanja pitja sokov in sladkanih pijač in hranjenja pred televizijo.
- Trenutno ne obstaja zadosten obseg dokazov o tem, da so svetovanje ali druge preventivne intervencije v primarnem zdravstvenem varstvu pri predebelih otrocih učinkovite. Raziskave, ki so ocenjevale učinkovitost kombiniranih pristopov spremembe prehrane in telesne dejavnosti so pokazale majhen učinek na BMI, vendar pa so praktično vse raziskave prikazale izboljšanje, čeprav majhno, pri prehrani in obsegu telesne dejavnosti (te raziskave pa so bile večinoma izvedene v šolskem okolju ali lokalni skupnosti).
- Trenutno ni raziskav na področju učinkovitosti svetovanja zdravnika glede rabe kondoma.
- Obstaja nekaj raziskav, ki kažejo na minimalne učinke svetovanja glede spolno prenosljivih bolezni.
- Pri adolescentih, ki so bili deležni zdravstvene vzgoje glede preprečevanja nosečnosti, v raziskavah niso zaznali povečane rabe kontracepcijskih metod. Med adolescenti, ki so dobili informacijo le v smeri abstinence, je bilo več nosečnosti.
- Na voljo ni raziskav, ki bi ocenjevale učinkovitost svetovanja glede razvoja v puberteti ter spolnega vedenja.
- Na voljo so dokazi, da svetovanje poveča rabo varnostnih pripomočkov kot tudi zmanjšuje nevarna okolja, še posebej, če je svetovanje intenzivno in se ponavlja. Svetovanja glede rabe varnostnih čelad dajejo mešane rezultate, so pa uspešna, v kolikor so del širšega programa v lokalni skupnosti. Manj raziskav pa preverja učinkovitost svetovanja o poškodbah. Raziskave o doma uporabljanih varnostnih pripomočkih ne kažejo razlik s kontrolnimi skupinami.
- Obstajajo dokazi o učinkovitosti svetovanja za rabo otroških avtomobilskih sedežev, vendar nobena od raziskav ni izvedena v primarnem zdravstvenem sistemu.
- O učinkovitosti svetovanja v primarnem zdravstvenem varstvu glede tveganja pitja in vožnje motornega vozila, ni na voljo ustreznih raziskav.

- O učinkovitosti svetovanja v primarnem zdravstvenem varstvu glede zaščite pred sončnimi opeklinami, ni na voljo ustreznih raziskav.
- Raziskave kažejo na učinkovitost svetovanja zdravstvenega delavca glede nenadne smrti dojenčka.

3.5.3. Učinkovitost vzgoje za zdravje v okviru šol

Šola je okolje, kjer se v svojem delovanju na področju zdravja srečujejo šolski delavec, zdravstveni delavec in delavci drugih profesij.

Učitelji lahko izvajajo aktivnosti vzgoje za zdravje v obliki posebnega predmeta ali medpredmetno ter izven rednih šolskih dejavnosti.

Promocija zdravja v šolah, ki jo izvajajo šolski delavci, lahko izboljša zdravje in počutje otrok. Med najučinkovitejšimi programi so programi na področju duševnega zdravja, zdrave prehrane in telesne dejavnosti. Programi zlorabe substanc so se izkazali za relativno neučinkovite in bi jih bilo bolje vključiti v programe s širšim pristopom, predvsem tiste na področju duševnega zdravja (77). Šolski programi preprečevanja kajenja so učinkoviti in sicer zmerno in kratkoročno, o dolgoročnih učinkih pa je na voljo premalo raziskav, rezultati le-teh so nedosledni (78,79). Dokazi so prav tako nedosledni za področje spolnosti in poškodb. Programi preprečevanja samomorov lahko zmanjšajo možnost samomorov. Programi morajo biti dolgotrajni, nepretrgani, visoko intenzivni, mnogovrstni oziroma raznolični in morajo vključevati spremembe v šolskem okolju (25,77).

Zdravstveni delavci imajo dolgo tradicijo dela v šolah, v preteklosti bolj v okviru rutinskih pregledov, danes pa se zaradi spremenjenih tveganj za zdravje pri otrocih in mladostnikih, delo zdravstvenih delavcev v šolah spreminja, ter vključuje vzgojo za zdravje kot enega najpomembnejših področij (69). V šolah izvajajo te storitve v glavnem sestre.

Delo sester v šolah je trenutno malo raziskano področje, zato bo v prihodnosti potrebnih več raziskav učinkovitosti njihovega dela (69). Vendar pa trenutno pomanjkanje dokazov in raziskav ne sme biti ovira za dejavnost na tem področju. Med petimi zdravstvenimi potrebami otrok v šolskem obdobju so namreč med drugim tudi vzgoja za zdravje, podpora družinam in zaupno svetovanje posameznim otrokom in mladostnikom (70).

3.6. Nekateri pomembnejši vidiki vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva

Med otroci in mladostniki ter odraslimi obstajajo pomembne razlike glede njihovih potreb po storitvah in oskrbi v zdravstvenem sistemu, predvsem naj poudarimo dve najpomembnejši.

Pri otrocih in mladostnikih so prisotne hitre in dolgotrajne razvojne spremembe, tako kognitivne, čustvene, družbene in fizične, zato se vidiki in teme, povezane z zdravjem, s tem pa tudi primerne storitve, spreminjajo z leti in splošnim razvojnim obdobjem. Promocija zdravja in preventivne storitve se priporočajo za otroke in mladostnike za doseganje zdravega razvoja in identifikacijo razvojnih ranljivih točk in tveganj, pomembne pa so zgodnje oziroma pravočasne intervencije. Druga pomembna značilnost je odvisnost od staršev oziroma skrbnikov za zdravo in varno domače okolje in koriščenje storitev. Odvisnost upada s starostjo in adolescenti potrebujejo zaupen čas z zdravstvenim delavcem za pogovor o tveganih vedenjih in njihovem preprečevanju (5).

Skupinska oziroma individualna obravnava otrok in staršev do 1. leta starosti

Nekaj raziskav je vrednotilo učinkovitost skupinskega in individualnega pogovora s starši otrok do 1. leta o aktualnih temah, povezanih z zdravjem otroka. Pomembnih razlik med pristopoma ni bilo (30).

Število svetovanj o vedenju

Različna priporočila priporočila zelo različno število potrebnih obiskov in svetovanj.

Ponavljajoči se, intenzivni programi svetovanja bodo bolj verjetno spremenili z zdravjem povezano obnašanje, kot pa posamezna ali kratka svetovanja v okviru pregledov zdravih otrok (5,29). To lahko pripišemo predvsem težavnosti spreminjanja vedenja ljudi. Svetovanje, ki obsega enostavno dejanje in je združeno s ponavljanjem, je najverjetneje najbolj primerno za primarno zdravstveno varstvo (29). Vendar pa naj bi bili tudi kratki posveti zmerno učinkoviti (29) in primerni (80). Zelo kratki pogovori o zelo občutljivi temi lahko tudi škodijo odnosu zdravnik – otrok oziroma mladostnik (29).

Svetovanje glede vedenj, povezanih z zdravjem, lahko presenetljivo privedejo tudi do povečanja nezdravega vedenja ali nepričakovanega zmanjšanja zdravega vedenja, kar so prikazale posamezne raziskave, npr. pri svetovanju o pitju alkohola (29).

Čas, ki bi ga zdravnik moral posvetiti svetovanju, je glede na različna priporočila obsežen, zato je zelo pomembno, da se že v začetku izognemo vsem neučinkovitim programom in ohranjamo le učinkovite (29).

Shema obiskov mora biti v skladu s ključnimi prehodnimi točkami v razvoju otroka. Pomembno je, da upoštevamo, da se razvojni in vedenjski problemi danes premikajo v vse zgodnejša starostna obdobja ter da se družine in otroci razlikujejo glede na svoje potrebe, nekatere družine in otroci potrebujejo več obiskov, nekateri manj (21).

Potrebno bi bilo imeti osnovo za zagovor vsakega obiska, kar naj bo osnovano na dokazih učinkovitosti, ki jih je vedno več. Shema obiskov naj bo do neke mere prilagojena shemi

cepljenja, vendar naj ta shema ne bo glavno vodilo časovne razporeditve "well-child care" (21).

Vsebina vsakega obiska naj bo fleksibilna v tolikšni meri, da se lahko zdravnik in starši in otrok dotaknejo vseh perečih tem (21).

Imenovanje obiskov je eden od načinov, da starše in/ali otroke seznanimo z namenom obiska in morebitno povečamo njihov interes in pripravljenost za posamezen obisk (21).

Kontinuiteta obravnave

Kontinuiteta obravnave pri istem zdravniku se izkazuje kot koristna (5).

Uporaba časa pred in po obisku

Čas, ki ga ima na voljo pediater oziroma zdravstveni delavec ne zadošča za vse, kar je potrebno v okviru obiska storiti, torej tudi svetovanje. Pomembno je, kako izkoristimo čas pred in po obisku. Del tega je tudi obveščanje staršev in/ali otrok o naslednjem obisku, kar je dejansko že del priprave na naslednji obisk. Marsikaj lahko starši ali otrok storijo že doma pred samim pregledom, da ne izgubljajo časa na pregledu. Svetovanje pa lahko ustrezno podpremo z gradivi ali elektronskimi in drugimi mediji. Žal je pogosto problematična količina gradiv, pa tudi o njihovi učinkovitosti vemo malo. Proces revidiranja sheme obiskov naj vključuje tudi pregled in priporočila ustreznih gradiv za posamezen obisk (21).

Stroški svetovanj

Stroški svetovanj do danes niso bili zadostno ovrednoteni. Med stroške bi lahko uvrstili strošek dela zdravnika, sestre in drugih vpletenih zdravstvenih delavcev, uporabljenih gradiv in materiala, pa tudi stroške staršev za prevoz, odsotnost z dela ipd.

Programi pri adolescentih

Adolescenca je čas hitrih sprememb, ko mladi eksperimentirajo in vzpostavljajo različna vedenja, ki imajo lahko takojšnje in/ali kasnejše posledice za njihovo zdravje (5).

V okviru preprečevalnih ukrepov predstavlja adolescenca pomembno življenjsko obdobje. V drugi polovici 20. stoletja smo bili priča pomembnim spremembam vzrokov obolenosti in umrljivosti adolescentov. Če so bile prej glavni razlog nalezljive bolezni, so zdaj to dejavniki iz okolja in vedenja, povezani z zdravjem, ki vplivajo na obolenost in umrljivost na številne različne načine (debelost, spolno prenosljive bolezni, odvisnost od nikotina, namerne in nenamerne poškodbe, depresija in samomor, zloraba alkohola in drog...) (39,81). Glavne grožnje zdravju adolescentov so preprečljive (82). Odziv na te znane probleme je bil predvsem v smeri vpeljevanja programov, usmerjenih v posamezno temo. Na splošno zdravje v obdobju adolescence obravnavamo predvsem skozi oči razširjenosti posameznih

problemov; večji, ko so posamezni problemi, več pozornosti vanje usmerjamo. Mednarodno je med strokovnjaki vedno bolj enotno mnenje glede tega, da za uspešen prehod med adolescenco in odraslostjo ni potrebno zgolj izogibanje drogam, nasilju ipd, pač pa da je pomembno, da se usmerimo na to, da naučimo adolescente, kako se odločati in jim s tem pomagamo ne le k fizičnemu in psihičnemu zdravju, pač pa tudi pri bolj kompleksnih odločitvah, povezanih z zdravjem, v odrasli dobi. Mladi z več pozitivnimi izkušnjami so bolje opremljeni za odločanje o svojem zdravju. Pojavlja se torej malce drugačen pristop k bolj tradicionalni preventivi bolezni in promociji zdravja, ki je osredotočen na promocijo socialnih in osebnostnih znanj in veščin, ki jih adolescenti potrebujejo za zdravo psihosocialno funkcioniranje in manj na pristope za zmanjševanje posameznih problematičnih vedenj, povezanih z zdravjem. Pristop vključuje tudi delovanje na drugih pomembnih okoljih adolescenta, kot so družina, šola in lokalna skupnost, vrstniki idr. Pomembni so torej tako notranji dejavniki ("social competency", "positive identity", "self-esteem") kot zunanji, ki vključujejo prej navedena okolja in skupine, pomembne za najstnike. Tak pristop je povezan z manjšo verjetnostjo tveganih vedenj. Kakšna je tu torej vloga zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev? Pomembno je, da prepoznajo, poudarjajo, nagradijo in dodatno pojačajo njihove razvojne močne plati in jih opogumljajo, da so bolj vpleteni v odločitve o lastnem zdravju in začnejo prevzemati odgovornost za lastno zdravje, intervenirajo ob tveganih vedenjih, se posvetujejo s starši in promovirajo pomen družine ter značilnosti obdobja adolescence idr. (81,82). Tovrsten pristop priporoča tudi SZO (4), vključujejo pa tudi priporočila Bright Futures (41).

Adolescenti so v mnogih raziskavah izrazili svoje mnenje o tem, kakšne zdravstvene storitve si želijo. Poudarili so, da si želijo takšne, v katerih jih bodo toplo in spoštljivo sprejeli, jih sprejeli takrat, ko bodo želeli in hitro obravnavali, kjer bodo njihovi podatki zaupni, storitve pa bodo dostopne brez dodatne odobritve staršev ter bodo brezplačne. S storitvami morajo biti seznanjeni. Pomembno je, da jih vpletemo v pripravo programov. Službe, ki delajo z adolescenti zaradi zdravja, se morajo povezovati navzven z ostalimi službami in storitvami, ki jih adolescenti potrebujejo. Storitve so lahko locirane v šolskih zdravstvenih oddelkih, zdravstvenih centrih, šolah, v lokalni skupnosti. Primeri iz posameznih držav so npr. centri v bolnišnicah ali zdravstvenih domovih, namenjeni adolescentom, t.i. mladinski centri v lokalnih skupnostih, pa tudi t.i. prijateljski kotički v stanovanjskih predelih in nakupovalnih središčih. Vse to velja tudi za tisti del storitev, ki zajemajo promocijo zdravja in preprečevanje bolezni, obseg pa naj določi vsaka država sama na osnovi svojih zmožnosti, potreb in epidemiološkega stanja. Ni enotnega pristopa za vse države. SZO med esencialne zdravstvene storitve uvršča tudi tiste, ki se ukvarjajo s težavami in tveganim vedenjem, specifičnim za to obdobje. Zdravstvene storitve pa lahko dosežejo svoj namen le v primeru, ko so del obsežnega programa (4).

3.7. Kvaliteta in mere kvalitete izvajanja

Kvaliteta zdravstvene skrbi ("health care") je stopnja, do katere zdravstvene storitve za posameznika in populacije povečajo verjetnost želenih izidov in so v skladu s trenutnim strokovnim vedenjem (5). Znanje na področju merjenja vseh vrst kazalnikov na področju vzgoje za zdravje je trenutno majhno (83).

Različni deležniki imajo različne potrebe in interese glede definicije in kazalnikov kvalitete. V osnovi lahko definiramo kvaliteto na nivoju strukture, procesa in izidov (5).

- Strukturna kvaliteta se nanaša na učinke značilnosti zdravstvenega sistema na razpoložljivost in preskrbo s storitvami. Sem lahko npr. uvrščamo razpoložljivost in vrste zdravstvenih delavcev izvajalcev, delež otrok, ki prejme določeno storitev idr (5), tudi razmerje zdravstveni delavec (ali tim) : populacija.

- Procesna kvaliteta se nanaša na tehnično znanje in sposobnost in medosebne stike. Izvajalec mora vedeti, kateri procesi so učinkoviti, kar je pogosto težko še posebej pri otrocih (tudi zaradi etičnih vidikov). Intervencije za otroke je zato potrebno pogosto vrednotiti v dejanski praksi in ne v raziskavah (5).

- Izidi pa so rezultati intervencij na otrokov razvoj, počutje, zdravje in blagostanje družine.

Izide prikazujemo običajno s kazalniki, kot so (kar je relevantno za promocijo zdravja) spremembe v vedenju ipd (5).

Kazalniki zadnje skupine so dolgoročni, vendar pa moramo meriti učinkovitost vzgoje za zdravje tudi s kratkoročnimi in intermediarnimi izidi. Nekateri nasploh poudarjajo, da moramo v ocenjevanju učinkovitosti promocije zdravja spremljati predvsem kratkoročne in intermediarne izide. Nekateri strokovnjaki priporočajo stalno merjenje procesnih kazalnikov, kratkoročnih, intermediarnih ali posrednih. Kot primere navajajo število razdeljenih gradiv, število oseb, vključenih v program, kratkoročne spremembe v vedenju in zdravju, ustrezna izpeljava programov ipd. Opozarjajo pa, da tradicionalni kazalniki, kot so število kontaktov oziroma število oseb, s katerimi so delale npr. sestre niso najbolj primerni, saj naj bi bili po mnenju nekaterih strokovnjakov brez pomena in neobčutljivi na kvaliteto in učinkovitost ter povzročili, da so kazalniki kvalitete izgubili na pomenu (83). Spremljanje kvalitete izključno zdravstvenih storitev je preozka pri skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, saj je pri skrbi za zdravje potreben multisektorski pristop (5). Možnosti spremljanja vključujejo tudi npr. spremljanje neizpoljenih potreb, obseg prejetih storitev, kvaliteto življenja otroka, družine in mladostnika idr. Potrebujemo pa še dodatne raziskave na tem področju (5).

Pomanjkanje močnih dokazov o učinkovitosti intervencij v zdravstveni skrbi otrok pomeni, da je potrebno sprejemati odločitve pogosto le na osnovi strokovnih mnenj. Prav pomanjkanje dokazov omejuje tudi izbor kazalnikov za merjenje (5).

Priporočila o svetovanju glede različnih vedenj priporočajo številne teme, ne pa njihove relativne pomembnosti ali točnega časovnega okvira glede na obiske, prav tako ne priporočajo števila ponovitev posameznih tem (ponovljene diskusije na določeno temo pa so v marsikaterem primeru pomembne za učinkovitosti). Nekatere teme zahtevajo pogovor ob vsakem obisku, druge morda le na izbranih obiskih in pri izbranih otrocih z določenimi posebnimi potrebami ali zdravstvenimi tveganji. Tudi ta raznolikost otežuje spremljanje preventivnih storitev pri otrocih (5). Za vodenje izvedbe in za omogočanje merjenja kvalitete te oskrbe je torej potrebno pripraviti tudi standarde, ki bodo vsebovali specifična priporočila in usmeritve za izvedbo posameznih obiskov. Del teh priporočil je seveda tudi vzgoja za zdravje (21).

Za perspektivo otroka se pogosto sploh ne zanimamo. Otroci, še posebej pa adolescenti pa imajo vendarle svojstven pogled na svoje zdravje in zdravstvene storitve, ki se pogosto zelo razlikuje od pogleda zdravstvenih delavcev ali staršev. Obstajajo kazalniki, ki upoštevajo perspektivo otroka in mladostnika. Potrebno bi bilo razviti ustrezne kazalnike za sočasno spremljanje perspektive otrok, mladostnikov, staršev in zdravstvenih delavcev (5).

Izboljševanje storitev zahteva sistematičen pristop k vključevanju dostopnih dokazov v vsakodnevno prakso, k vrednotenju, k učinkovitejšemu izobraževanju za vse deležnike in bolj stroge metode ocenjevanj in odgovornosti. To vključuje vsa orodja, ki jih potrebujejo izvajalci storitev in sam sistem in povratne informacije – tako zapremo trenutno vrzel med obstoječim in želenim (5).

Raziskava, ki je vključevala tako izvajalce, plačnike in uporabnike promocije zdravja, ki so jo izvajale sestre, je identificirala set možnih kratkoročnih kazalnikov kvalitete izvajanja teh storitev, ti kazalniki so (83):

- dostopnost, izbira, prilagodljivost teh storitev;
- zadosten čas, namenjen izvedbi;
- točna in izurjena ocena zdravstvenega stanja in potreb posameznika;
- izvajalec je izobražen in zanesljiv;
- individualiziran pristop;
- usmerjenost na uporabnika storitev;
- uvideven, nepristranski pristop;

- kontinuiteta oskrbe;
- izvajalec deluje kot zagovornik uporabnika, če je to potrebno;
- povezave in sodelovanje z drugimi strokovnjaki in organizacijami, zavodi.

Med dejavniki, ki najverjetneje povečujejo učinkovitost promocije zdravja, ki jo izvajajo sestre, literatura navaja, ciljne intervencije, individualno oceno in pristop opolnomočenja (83).

Danes obstaja obsežna literatura o vzrokih za slabo kvaliteto, o ovirah za izboljšanje in priporočilih za preseganje obojega (5):

- 1- Pomanjkanje usmerjenosti na kvaliteto skrbi za zdravje otrok: Alternativni pristop bi bil postavljanje prioritet na osnovi storitev, ki spreminjajo zdravstveno stanje in vedenja, ki predisponirajo posameznika za obolevnost in umrljivost v prihodnosti.
- 2- Razdrobitev izvajanja in financiranja zdravstvene skrbi.
- 3- Pomanjkanje osveščenosti ali soglasja: Zdravniki morebitno ne sledijo priporočilom, ker jih je bilo le malo strogo vrednotenih glede želenega vpliva na izide. Tudi kadar so smernice močno podprte z dokazi, jih lahko zdravstveni delavec zaradi morebitnega pomanjkanja znanja ali zaradi nestrinjanja z njimi, ne izvaja. Potrebno je poskrbeti za vidne in pomembne formate ter številne kanale za komunikacijo o priporočilih, ustrezno izobraževanje in povratne informacije ter vključevanje zdravstvenih delavcev v proces sprememb.
- 4- Pomanjkanje časa in plačila: Ustrezen oziroma zadosten čas in denar sta potrebna, vendar pa ne zagotavljata kvalitete. Tovrstne probleme lahko rešujemo s podaljševanjem časa posameznega obiska, spremembo procesov (npr. naročanje, bolj produktivna izraba časa), uporabo inovativnih pristopov za boljšo uporabo profesionalnih virov (skupinsko izvajanje, telefonsko, elektronsko komuniciranje namesto osebne stika), razširjenjem vloge ostalih zdravstvenih delavcev.
- 5- Pomanjkanje profesionalnih izkušenj in zaupanja: To lahko presežemo z ustreznim izobraževanjem, podpornimi orodji in "peer review".
- 6- Nezdostni sistemi in podpora za izboljšanja: Posamezni zdravstveni delavci in manjše ustanove morda nimajo operativnih kapacitet za izvajanje oziroma uvedbo novosti v prakso in sisteme. Za preseganje tega problema moramo poskrbeti za tehnično podporo in informacijske rešitve, sodelovanje z drugimi institucijami ter ustrezna orodja in šablone, ki se lahko lokalno prilagodijo.
- 7- Nezdostna motivacija za uvajanje sprememb: To lahko presežemo z ustreznimi zasnovanimi finančnimi in drugovrstnimi spodbudami za doseganje oziroma izboljševanje kvalitete, javne objave doseganja kvalitete in promoviranje ustrezne

organizacijske kulture. Spodbude so lahko tudi plačilo določenih izobraževanj, pridobitev certifikatov, ne le finančne spodbude.

- 8- Vrednotenje in vzdrževanje pridobitev: Dosežke je potrebno ovrednotiti, vendar ne v prekratnem časovnem obdobju.

Podatkov o izvajanju in kvaliteti teh storitev na področju promocije zdravja za otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva ni in primerjave med državami niso možne (22).

4. SLOVENIJA: TRENUTNO STANJE NA PODROČJU VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE, KI JO IZVAJA ZDRAVSTVENI DELAVEC IZ PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

4.1. Uvod

Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine ima v Sloveniji dolgoletno tradicijo. Začetek preventivnega zdravstvenega varstva šolarjev sega v leto 1909, ko sta prva dva šolska zdravnik nadzirala higienske pogoje v šolah in zdravstveno stanje šolarjev. Leta 1918 je načelnik ministrstva za narodno zdravje Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev, začel uvajati aktivno zdravstveno varstvo, kar pomeni, da zdravnik išče bolne in preprečuje zbolevanje. Prvi otroški dispanzer je bil odprt leta 1923. Po 2. svetovni vojni se je mreža zdravstvenega varstva predšolskih in šolskih otrok in mladine razširila v vse zdravstvene domove po Sloveniji. Delo z otroci in mladostniki so postopno prevzeli specialisti pediatrije in šolske medicine (14).

4.2. Otroci in mladostniki v Sloveniji

Otroci in mladostniki do vključno 19. leta starosti v Sloveniji predstavljajo 18,1% prebivalstva (podatki 2009, letno stanje 30.6.) oziroma 369.803 oseb. V starosti od 0-5 let je 118.280 otrok (okvirno predšolski otroci), v starosti 6-18 pa 251.523 otrok (osnovnošolci in srednješolci skupaj) (84). Osnovnošolcev je okvirno 167.229 (starost 6-15 let), srednješolcev pa 84.294 (starost 16-19 let) (84).

4.3. Zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji

Obdobje od osamosvojitve pa do danes so zaznamovale velike spremembe na gospodarskem in socialnem področju ter tranzicija ki so pomembno vplivale na življenjske razmere prebivalcev in s tem tudi na zdravje otrok in mladostnikov (85).

Danes se tudi otroci in mladostniki v Sloveniji srečujejo z zdravstvenimi problemi povezanimi s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno in družbeno zdravje. Zaradi napredka medicine preživi veliko otrok z nizko porodno težo, prirojenimi nepravilnostmi, hudo akutno zboleli in kronično bolni in tudi hudo poškodovani. Poleg teh bolezni in stanj, pesti mlado populacijo še zbolewnost tesno vezana na življenjski slog, ki se pojavlja v soodvisnosti s družbenimi spremembami (85).

Odraščajoča mladina je praviloma zdrava, vendar pa so problemi, bolezni in stanja s katerimi se srečuje povsem drugačni od problemov odrasle populacije oziroma se posledice tveganega vedenja pokažejo v kasnejšem življenjskem obdobju. Odstopanja od zdravja se kažejo z drugačnimi znaki, imajo drugačne posledice za zdravje in jih je potrebno meriti z drugačnimi kazalci. Da bi lahko prepoznavali tveganja za zdravje odraščajoče mladine moramo dobro poznati značilnosti populacije v soodvisnosti z determinantami družbenih sprememb (85).

Še posebno občutljive so skupine, ki izpadajo iz povprečja. Tako zahtevajo večjo pozornost mladi iz nefunkcionalnih družin, "osipniki", osebe s fizičnimi in intelektualnimi ovirami, brezdomci, revni, socialno izključeni, brezposelni in nekvalificirani (85).

Ukrepi zahtevajo celostni, interdisciplinarni in medresorski pristop, ki vključuje posameznika, družino, izobraževalne in zdravstvene službe ter lokalno skupnost. Ni dovolj, da otroke in mladostnike učimo, kako morajo zdravo živeti, tako življenje jim moramo tudi omogočiti (85).

Poškodbe in zastrupitve

Poškodbe in zastrupitve predstavljajo 35 % vseh smrti v starostni skupini od 0 do 19. leta. S starostjo se delež smrti zaradi poškodb veča, tako v starosti 15-19 let predstavlja že 69% vseh smrti. Pomembno bolj ogroženi so fantje. Najpogostejši zunanji vzrok smrti zaradi poškodb so transportne nezgode, in to v več kot polovici primerov, sledijo samomori s povprečno 15 samomori na leto (povprečje za obdobje od 2001-2005). Od vseh bolnišničnih zdravljenj (140/1000 mladih 0-19 let) jih je 9,5 % zaradi poškodb in zastrupitev. Delež se s starostjo veča (1% pri dojenčkih, 7% pri otrocih 1-6 let, 15% 7-14 let) in pri skupini mladih, starih 15-19 let predstavljajo poškodbe kar 21% bolnišničnih zdravljenj. Fantje so pomembno pogostejše bolnišnično obravnavani zaradi poškodb kot dekleta. Od 3700 obiskov na 1000 mladih (0-19 let) letno je 11% obiskov zaradi poškodb in zastrupitev v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Delež obravnavanih poškodb s starostjo raste od 1,5% pri dojenčkih, 6% pri otrocih, starih 1-6 let, 15% pri 7-14 let do 16% pri mladih, starih 15-19 let (85).

Motnje duševnega in družbenega zdravja

Raziskave v slovenskem prostoru vse pogosteje opozarjajo na problem duševnega in družbenega zdravja odraščajoče mladine, ki se kažejo z znaki stresa, depresije, nizke pozitivne samopodobe, samomorilnostjo, izostankom iz šole, neuspešnostjo v šoli in nezdravim koriščenjem prostega časa z mnogo tveganji (85).

Samomorilnost med mladino je pomemben kazalec stresa, depresivnosti, brezupa, nizke pozitivne samopodobe, porušene družinske dinamike in negativnega vrstniškega vpliva. Petnajst samomorov na leto mladih, starih od 7 do 19 let in nekajkrat več poizkusov

samomora (ocena) je kazalec, ki ga ni moč spregledati. Raziskava med srednješolsko mladino je pokazala, da je kar 35,5% anketiranih včasih in 5,8% večkrat pomislilo na samomor. Drugi pomemben podatek je, da med slovenskimi srednješolci kaže že klinično pomembno stopnjo depresivnosti 20,5% fantov in 41,5% deklet (85).

Šola ima v obdobju odraščanja pomembno mesto za ohranjanje duševnega zdravja mladih (85).

Revščina in socialna izključenost

Revščina je pomemben dejavnik tveganja za zdravje odraščajoče mladine ne samo zaradi materialne prikrajšanosti, še hujše posledice na njihovo telesno, duševno in družbeno zdravje ima z revščino povezana socialna izključenost. Socialni prejemki imajo vpliv na zmanjševanje dohodkovne neenakosti, ni pa nujno, da družino potegnejo iz začaranega kroga revščine. Določanje praga revščine samo na osnovi dohodkov družine je premalo, opozarja UNICEF in priporoča še druge kazalce (zdravstveno varnost, izobraževalno varnost, družinsko in vrstniško povezanost, vedenje in tveganja ter subjektivno oceno dobrega počutja) s katerimi bi natančneje ocenili stopnjo tveganja za revščino. V Sloveniji je zaznati pozitivne premike v pomoči socialno šibkim, saj se je s socialnimi transferi v letih od 1998 do 2002 zmanjšal delež revnih oseb v gospodinjstvih z otroki (vključno 21 let starosti) s 12,0 % na 10,0% ali drugače povedano brez socialnih prejemkov bi bila stopnja revščine višja za 7,9 % v letu 1998 in v letu 2002 za 10,0 %. Podatki HBSC študije (samoporočanje), da gre zjutraj v šolo in zvečer v posteljo lačnih 13 % osnovnošolskih otrok, ker ni hrane (vključeni so tudi odgovori včasih), in da se povečuje povpraševanje po pomoči pri karitativnih organizacijah, je sicer lahko odraz poglobljanja revščine revnih. Verjetno pa vrednotenje revščine samo z merjenjem dohodkovne neenakosti (obseg socialne pomoči) ne prepozna absolutne revščine in zato niti ne poznamo obsega revnih družin z otroki v državi. Gospodarska kriza vpliv teh dejavnikov še povečuje (85).

Tvegano spolno vedenje

Spolno vedenje mladih je pogosto tvegano za zdravje, mlajši so, bolj tvegajo. Tveganja povezujemo predvsem z nizko spolno ozaveščenostjo, pomanjkanjem znanja, izkušenj in veščin. Po zadnjih raziskavah je imelo prvi spolni odnos pred 16 letom 13,7% vprašanih, starih 35-39 let, 16,2% starih 25-34 let in 17,1% starih 18-24 let. 13,3% vprašanih mladih (14-15 let) je imelo prvi spolni odnos pred zaključenim obveznim šolanjem. Po podatkih HBSC 2005 je spolne odnose že imelo 17% 15-letnic in 30% 15-letnikov. Pri tako mladih je stalnost spolnega partnerja redka, kar poveča izpostavljenost mladostnikov okužbi s spolno prenosljivimi boleznimi in tudi tveganje za opustitev zaščite je večja (85).

Število nosečnosti med dekleti, starimi od 17 do 19 let ves čas pada, tako porodi kot splavi. Leta 2005 smo zabeležili 332 porodov in 381 splavov. Pri mlajših od 16 let ostajajo nosečnosti konstanta okvirno 112 na leto, z nekaj več kot 1/4 porodov, kar kaže na to, da jih z obstoječimi zdravstveno - vzgojnimi aktivnostmi nismo dosegli (85).

Stanje prehranjenosti

Vse več mladih z čezmerno telesno težo in porast motenj hranjenja (anoreksije, bulimije) zaznamuje kulturo mladine 21. stoletja. Pritisk prehranske industrije, medijev, vrstniške skupine, neurejeno prehranjevanje, pogojevano s spremembami v družinskem življenju in preživljanjem delovnega dne... vpliva na prehranske navade otrok in mladostnikov. Delež otrok s prenizko telesno težo (referenčne vrednosti CDC za ITM pod 5. percentilom) ima v starosti 5 let 7,3 % dečkov in 6,3% deklic in v starosti 15-16 let 3,3% fantov in 2,3% deklet. Delež čezmerno prehranjenih (referenčne vrednosti CDC za ITM \geq 85. percentilom) v starosti 5 let je med deklicami 20,9% in dečki 18,4%, v starosti 15-16 let pa 17,1% pri fantih in 15,4% pri dekletih. Debelih (referenčne vrednosti CDC za ITM \geq 95. percentilom) je v starosti 5 let 7,9% med deklicami in 9,0% med dečki ter v starosti 15-16 let 3,8% med dekleti in 6,2% med fanti. Lahko bi rekli, da so naši otroci podobno čezmerno prehranjeni, kot njihovi evropski vrstniki, čeprav je v južnoevropskih državah in Angliji čezmerna prehranjenost mladine še večji problem (85).

Sedenje – pogojevani način življenja

Način življenja vnaša tudi v življenje mladih vse manj gibalne aktivnosti, kar se kaže tudi med slovensko mladino. Šolske kot tudi prostocasnne aktivnosti so vezane na sedeča opravila. Poleg 5 do 6 urnega sedanja v šoli porabijo dijaki in dijakinje za domačo nalogo povprečno nekaj manj kot uro na dan tudi za konec tedna, in to dekleta nekaj več kot fantje. Pred televizorjem presedijo še nadaljnji dve uri na dan in za vikend tri ure. Temu je potrebno prišteti še do ene ure na dan dela za računalnikom. Če ure seštejemo, naša srednješolska mladina presedi 10 ur na delovni dan (85).

Da ima opisan način življenja negativne posledice za zdravje lahko sklepamo tudi na osnovi rezultatov sistematičnega spremljanja deformacij hrbtenice in motenj ostrine vida pri šolajoči mladini (rezultat presejalnega testa). V obdobju od začetka šolanja pa do zaključenega srednješolskega izobraževanja se delež mladih s pozitivnim testom na deformacijo hrbtenice poveča za 9% pri fantih in 18% pri dekletih. Pri motnjah ostrine vida je stanje še slabše, pri dekletih se delež poveča za 18% in pri fantih za 10%. Zaskrbljujoče je dejstvo, da prav v obdobju zadnjih petih let (2001-2005) opazamo porast s presejalnim testom odkritih motenj ostrine vida in deformacij hrbtenice izraziteje med srednješolsko mladino. Prav tako se pri

mladih, starih 15-19 let pojavi kot pomemben vzrok za obisk pri zdravniku bolečina mišično-skeletnega sistema (85).

Odklonilen odnos do gibalne aktivnosti se kaže tudi z opravičevanjem od redne športne vzgoje. Raziskava med osnovnošolci in srednješolci je pokazala povečano opravičevanje od športne vzgoje zaradi zdravstvenih razlogov pogosteje kot zaradi materialnih in higienskih pogojev. Več je je med srednješolci in več med dekleti ter več med manj učno uspešnimi. (85).

Prostočasne dejavnosti

Večina mladih vseh starosti meni, da mora vsak sam poskrbeti za prostočasno dejavnost, kar kaže tudi dejstvo, da s starostjo upada vključevanje v organizirane oblike prostočasnih dejavnosti. Pri izbiri dejavnosti je pomembna ocena koristnosti dejavnosti za nadaljnje življenje in ali se bodo pri dejavnosti lahko prosto izražali. Najpogostejše prostočasne dejavnosti so ukvarjanje s športom, obiskovanje kina, gledališč, koncertov, gledanje televizije in lenarjenje in v zadnjem času ena najbolj priljubljenih prostočasnih dejavnosti - nakupovanje. Mlajši in »neuspešni« mladi (brezposelni, neuspešni v šoli) pogosteje preživljajo prosti čas pasivno (pohajkovanje, druženje,...) in nezdravo (eksperimentiranje z drogo, kajenje, opijanje, diskoteke), si pa tudi bolj od »uspešnih« in starejših vrstnikov želijo organiziranih dejavnosti (85).

Pomembno je omeniti tudi nasilje zoper mladoletne osebe ter vrstniško nasilje in prestopniško vedenje mladih, ki naraščajo v zadnjih letih (85).

4.4. Predpisi glede vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v Sloveniji

Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine je opredeljeno z zakoni in podzakonskimi akti. Natančneje je opredeljeno z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni iz leta 1998 in kasnejšimi navodili o spremembah in dopolnitvah prvih navodil (86,87).

Otroci in mladostniki imajo pravico do preventivnega varstva, ki ga predpisujejo navodila, v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kaj točneje predpisujejo navodila navajamo v nadaljevanju.

Obisk patronažne sestre – pregled novorojenca (86)

Patronažna zdravstvena nega nosečnic, otročnic in novorojencev je pomembna za varovanje reproduktivnega zdravja, zdravja otrok in vse družine. To delo opravlja medicinska sestra iz javne in zasebne dejavnosti. Obisk pri novorojencu obsega med drugim tudi svetovanje otročnici o načinu življenja in negi ter oskrbi novorojenčka, nasvet o dojenju, negi otroka,

pravilni prehrani in osebni negi, nasvet o odvajanju in izločanju ter spalnih potrebah novorojenca, nasvet o zobni preventivi in ustni negi ter opazovanje otrokovega telesnega in duševnega razvoja.

Zdravstveno varstvo dojenčkov in predšolskih otrok do 6. leta starosti (86)

Pravico do celostnega zdravstvenega varstva na primarni ravni uveljavljajo predšolski otroci, stari od 0. do 6. let (do vstopa v šolo) v otroških dispanzerjih in bivalentnih dispanzerjih za predšolske otroke in mladino ter zasebnih ordinacijah, namenjenih tej skupini.

Normativi, ki veljajo kot osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva predšolskih otrok so:

- ciljni 800 otrok na tim predšolskega zdravnika (tim sestavljajo zdravnik, ena VMS in en oziroma 0,5 zdravstvenega tehnika SMS);
- minimalni 1000 otrok na tim predšolskega zdravnika.

Izvajanje obveznega preventivnega zdravstvenega varstva predšolskih otrok in programirane zdravstvene vzgoje se zaradi posebnih potreb te skupine izvaja v zdravstvenih zavodih in v zasebnih ordinacijah, ki pridobijo pooblastilo ministra za zdravje. Vsi zdravniki v omenjenih zavodih in zasebnih ordinacijah morajo biti zaradi zagotavljanja preglednosti nad zdravjem te populacije v stalni povezavi z odgovornim zdravnikom, ki je odgovoren za izvajanje obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje v centralnem predšolskem ali bivalentnem dispanzerju določenega zdravstvenega območja v sodelovanju s koordinatorjem za to področje na pristojnem območnem zavodu za zdravstveno varstvo. Centralni dispanzer in odgovornega zdravnika v centralnem dispanzerju določenega zdravstvenega območja imenuje minister za zdravje na podlagi usklajenega predloga med IVZ RS in območnim ZZV.

Izbrani osebni zdravnik za otroke do dopolnjenega 6. leta starosti je specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine.

Tim zdravnika otroškega dispanzerja, bivalentnega dispanzerja ali zasebne ordinacije izvaja zdravstveno varstvo po dispanzerski metodi dela, kar pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno varstvo otrok v določenem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja otroke in njihove starše (skrbnike) k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine.

Odgovorni zdravnik otroškega dispanzerja, bivalentnega dispanzerja oziroma ordinacije ali zasebne ordinacije, ki izvaja zdravstveno varstvo predšolskih otrok, pripravi za pripadajoče zdravstveno območje letni načrt obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in

programirane zdravstvene vzgoje na podlagi letnih načrtov posameznih izvajalcev. Za pripravo kakovostnih načrtov, lokalnih in nacionalnih, mora opraviti analizo opravljenega dela v predhodnem letu, predlagati ukrepe za izboljšanje izvajanja zdravstvenega varstva in opraviti z zakonom določeno poročanje v zdravstveni informacijski sistem (vodenje zdravstvene dokumentacije in statistična poročila).

Preventivno zdravstveno varstvo predšolskih otrok se organizira individualno v posvetovalnicah za otroke. Izjemoma v krajih, kjer še ni specialista pediatra, lahko javni zavod drugače zagotovi izvajanje programa preventivnega zdravstvenega varstva za predšolske otroke. Zdravnik, ki opravlja preventivno delo, ne potrebuje pooblastila izbranega osebnega zdravnika zavarovane osebe.

Vsak specialist pediater oziroma zdravnik z ustrežno izobrazbo za delo s predšolskimi otroci na primarni ravni (s pripadajočim timom – medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom) je odgovoren za izvedbo obveznega preventivnega programa in programirane zdravstvene vzgoje.

Za programirano zdravstveno vzgojo pripravi vsak zdravnik specialist ustrezne smeri v otroškem dispanzerju ali zasebni ordinaciji celoletni načrt dela (delo posvetovalnice, posvete, medicinsko svetovanje zaradi zdravstvene ali vedenjske problematike, predavanja, učne delavnice ter obseg svetovalnega dela v vrtcih).

Določene naloge iz obveznega preventivnega programa zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje lahko izvajajo za to posebej usposobljene medicinske sestre in zdravstveni tehniki in sicer med drugim pri vodenju prehrane dojenčkov in otrok ter svetovanju za zdrave življenjske navade.

V primeru, da se zaradi pomanjkanja kadrov obseg obveznega preventivnega programa zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje ne more izvesti, mora odgovorni zdravnik obvestiti direktorja zdravstvenega zavoda. Direktor zdravstvenega zavoda je, s pomočjo koordinatorskega centra za to področje na pristojnem območnem zavodu za zdravstveno varstvo, dolžan zagotoviti strokovno ustrezen kader za njuno izvedbo. V kolikor ta rešitev utemeljeno ni izvedljiva, mora direktor zavoda o tem pisno z obrazložitvijo obvestiti Ministrstvo za zdravje.

Sistematični preventivni pregledi

Namen teh pregledov je poznavanje zdravstvenega stanja otrok (posameznika ali skupin), aktiven zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje staršem oziroma skrbnikom in otrokom. Poleg obsega telesne rasti in razvoja ter ugotavljanja

telesnega in duševnega zdravja, pregled vsebuje tudi ukrepe za ohranitev in krepitev zdravja in omogočanje optimalnega telesnega in duševnega razvoja ter odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini. Način dela in teme v okviru zdravstvene vzgoje so navedene pri posamičnih preventivnih pregledih.

1- Sistematični pregled otroka v starosti enega meseca

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede prehrane, nege, povijanja, spanja, psihičnega razvoja in preprečevanja avitaminoz in kariesa.

2- Sistematični pregled otroka v starosti treh mesecev

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede prehrane, nege, povijanja, spanja, psihičnega in motoričnega razvoja in preprečevanja avitaminoz in kariesa.

3- Sistematični pregled otroka v starosti šestih mesecev

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede prehrane, nege, povijanja, spanja, psihičnega in motoričnega razvoja in preprečevanja avitaminoz.

4- Sistematični pregled otroka v starosti devetih mesecev

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede prehrane, nege, spanja, psihičnega in motoričnega razvoja in preprečevanja avitaminoz.

5- Sistematični pregled otroka v starosti dvanajstih mesecev oziroma enega leta

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede prehrane, nege, spanja, psihičnega in motoričnega razvoja in preprečevanja avitaminoz in kariesa.

6- Sistematični pregled otroka v starosti osemnajstih mesecev oziroma leta in pol

Zdravstvena vzgoja pri tem pregledu obsega individualno svetovanje glede psihičnega in motoričnega razvoja.

7- Sistematični pregled otroka v starosti treh let

Teme zdravstvene vzgoje pri tem pregledu niso navedena.

8- Sistematični pregled otroka v starosti petih let

Teme zdravstvene vzgoje pri tem pregledu niso navedena.

Namenski pregledi

Pravilnik navaja tudi 7 vrst dodatnih namenskih pregledov, od katerih dva vključujeta zdravstveno-vzgojne teme:

1- Namenski pregled dojenčkov v starosti dveh mesecev, katerega namen je vzpodbujanje dojenja.

2- Namenski pregled otroka pred vstopom v vrtec, ki vključuje razgovor o premagovanju ločitvenega strahu pred vstopom v vrtec.

Programirana zdravstvena vzgoja

Poleg zdravstvene vzgoje v okviru preventivnih pregledov se izvaja programirana zdravstvena vzgoja, katere namen je informirati in motivirati posameznika, da aktivno skrbi za svoje zdravje. Za te storitve mora javni zdravstveni zavod in zasebnik za vsako leto pripraviti načrt, na osnovi analiz iz predhodnega leta iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja. Ciljne skupine za zdravstveno vzgojo, ki jo izvaja tim predšolskega zdravnika so starši, pedagogi in otroci. Zdravstveno vzgojno delo se lahko izvaja v prostorih zdravstvenega doma, zasebne ordinacije ali vrtca. Delo izvajata specialist pediater in medicinska sestra, usposobljena za zdravstveno vzgojno delo.

Programirana zdravstvena vzgoja poteka v naslednjih oblikah:

- zdravstvenovzgojno delo v posvetovalnicah za starše in otroke;
- zdravstvenovzgojno delo z vzgojiteljicami, starši in otroki (predavanja, učne delavnice, delo v majhnih skupinah) in
- posvet s starši, vzgojitelji in svetovalnimi delavci o zdravstveni in vedenjski problematiki otrok. Posvet in obravnava je namenjena razreševanju specifične problematike otrok, povezane z njihovim biopsihosocialnim razvojem, zdravstvenimi težavami, vedenjskimi težavami idr. V obravnavo je potrebno pritegniti starše, vzgojitelje in svetovalne delavce. Posvet ni niti nasvet ob obisku v ordinaciji, niti delo posvetovalnice ali timske obravnave.
- Preventivno delo tima pediatra v jaslih, vrtcih in zavodih.

Namen tega dela je odstraniti oziroma zmanjšati škodljive vplive na zdravje otrok, ki izhajajo iz njihovega bivalnega okolja in obsega:

- stalno sodelovanje z ravnateljem in svetovalno službo;
- analiza zdravstvenega stanja otrok in poročilo o tem ravnatelju in svetovalnim delavcem vrtca;
- priprava programa zdravstveno varstvenega dela v vrtcu za tekoče šolsko leto;
- sodelovanje na dveh pedagoških konferencah (predavanje z eno programirano temo in eno temo po lastni presoji);
- svetovanje glede prehrane, priprave jedilnikov in dietnih obrokov;
- svetovanje pri pripravi dejavnosti z vidika izboljšanja zdravega načina življenja;
- svetovanje glede na varnost prostora;
- mnenje in ocena delovnega mesta otroka z vidika ergonomike in primernosti pohištva;

- svetovanje glede na ugotovljeno higiensko stanje v vrtcu v sodelovanju z zdravstvenim inšpektorjem in zdravnikom specialistom za higieno območnega zavoda.

Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (86)

Normativi, ki veljajo kot osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti so:

- ciljni 1.700 otrok na tim šolskega zdravnika (tim sestavljajo zdravnik, ena VMS in en oziroma minimalno 0,5 zdravstvenega tehnika SMS);
- minimalni 2.200 otrok na tim šolskega zdravnika.

Pravico do celostnega zdravstvenega varstva na primarni ravni uveljavljajo šolski otroci in mladina do dopolnjenega 19. leta starosti v dispanzerjih za šolske otroke in mladino, bivalentnih dispanzerjih za otroke in mladino in zasebnih ordinacijah, namenjenih tej starostni skupini.

Izvajanje obveznega preventivnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine in programirane zdravstvene vzgoje se zaradi posebnih potreb te skupine izvaja v zdravstvenih zavodih in v zasebnih ordinacijah, ki pridobijo pooblastilo ministra za zdravje. Vsi zdravniki v omenjenih zavodih in zasebnih ordinacijah morajo biti zaradi zagotavljanja preglednosti nad zdravjem te populacije v stalni povezavi z odgovornim zdravnikom (vodjo), ki je odgovoren za izvajanje obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje v centralnem šolskem ali bivalentnem dispanzerju določenega zdravstvenega območja v sodelovanju s koordinatorjem za to področje na pristojnem območnem zavodu za zdravstveno varstvo. Centralni dispanzer in odgovornega zdravnika v centralnem dispanzerju določenega zdravstvenega območja imenuje minister za zdravje na podlagi usklajenega predloga med IVZ RS in območnim ZZV.

Izbrani osebni zdravnik za osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist šolske medicine ali pediater, izjemoma je lahko specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Praviloma skrbi za predšolske otroke specialist pediater, za šolske otroke in mladino pa specialist šolske medicine (pediater – šolsko dispanzerska usmeritev) oziroma zdravniki, usmerjeni v omejeni področji dela.

Tim zdravnika šolskega dispanzerja, bivalentnega dispanzerja ali zasebne ordinacije izvaja zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine po dispanzerski metodi dela, kar pomeni, da

aktivno skrbi za zdravstveno varstvo otrok v določenem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja otroke in njihove starše (skrbnike) k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine.

Odgovorni zdravnik pripravi za pripadajoče zdravstveno območje letni načrt obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje na podlagi letnih načrtov posameznih izvajalcev. Za pripravo kakovostnih načrtov, lokalnih in nacionalnih, mora opraviti analizo opravljenega dela v predhodnem letu, predlagati ukrepe za izboljšanje izvajanja zdravstvenega varstva in opraviti z zakonom določeno poročanje v zdravstveni informacijski sistem (vodenje zdravstvene dokumentacije in statistična poročila).

Preventivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine je organizirano skupinsko za posamezne šole oziroma razrede in ni vezano na izbranega osebnega zdravnika. Zdravnik, ki opravi preventivno storitev, ne potrebuje pooblastila izbranega osebnega zdravnika zavarovane osebe. Izjemoma v krajih, kjer še ni specialista pediatra, lahko javni zavod drugače zagotovi izvajanje programa preventivnega zdravstvenega varstva za predšolske otroke.

Vsaka šola mora imeti imenovanega zdravnika šole s pripadajočim timom., ki je odgovoren za izvedbo obveznega programa preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje. Imenovanega zdravnika določi po posvetu z direktorjem javnega zdravstvenega zavoda oziroma zasebne ordinacije odgovorni zdravnik (vodja) za pripadajoče zdravstveno območje.

Na osnovi poimenskih seznamov učencev, ki jih dispanzerjem in ordinacijam posreduje šola, tim organizira in opravi sistematične preglede po razredih. Za preventivne aktivnosti, ki sodijo v programirano zdravstveno vzgojo, pripravi vsak imenovani zdravnik šole natančen vsebinsko – terminski celoletni plan dela za pripadajoče šole (predavanja, učne delavnice, delo posvetovalnice, posvete, medicinsko svetovanje zaradi zdravstvene, učne ali vedenjske problematike ter obseg svetovalnega dela na šoli) na osnovi ocen iz predhodnega leta in v okviru specifične problematike. Imenovani zdravnik šole in osebni zdravnik zavarovanca nista nujno ena in ista oseba, sta se pa dolžna obveščati in omogočiti vpogled v zdravstveni karton.

Delo si znotraj dispanzerja ali ordinacije zdravniki organizirajo in dogovorijo tako, da delo planirajo na kurativne in preventivne dneve ali ure. Stik zdravih in bolnih otrok v zdravstvenih zavodih in ordinacijah ni dovoljen.

Mlade, ki se ne šolajo redno, vabimo na sistematični pregled v 18. letu starosti z osebnim vabilom zavarovancu na dom. Glede pridobivanja poimenskih seznamov mladih, so

dispanzerji vezani na lastne informacije in podatke iz kartotek. Mlade, ki so redno zaposleni, sistematično pregledajo specialisti medicine dela, prometa in športa v obratnih ambulantah.

V primeru, da se zaradi pomanjkanja kadrov obseg obveznega preventivnega programa zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje ne more izvesti, mora odgovorni zdravnik obvestiti direktorja zdravstvenega zavoda. Ta je, s pomočjo koordinatorskega centra za to področje na pristojnem območnem zavodu za zdravstveno varstvo, dolžan zagotoviti strokovno ustrezen kader za njuno izvedbo. Če ta rešitev utemeljeno ni izvedljiva, mora direktor zavoda o tem pisno z obrazložitvijo obvestiti Ministrstvo za zdravje.

Sistematični preventivni pregledi

Namen teh pregledov je aktivni zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje šolskim otrokom in mladini. Obsega oceno telesnega razvoja in hranjenosti, ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja ter negativnih socialnih dejavnikov, odkrivanje nezdravih življenjskih navad, tveganega vedenja in zlorabe drog. Način dela in teme v okviru zdravstvene vzgoje so navedene pri posamičnih preventivnih pregledih.

1- Sistematični pregled šolskih novincev pred vstopom v šolo

Pregled poteka ob prisotnosti enega ali obeh staršev, praviloma v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji. Na pregled so vabljeni pisno. Delo opravi tim šolskega zdravnika. Starše oziroma skrbnike seznanijo o obsegu zdravstvenega varstva otroka v obdobju od vstopa v šolo do dopolnjenega 19. leta starosti. Teme zdravstvene vzgoje pri tem pregledu niso navedene.

2- Sistematični pregled učencev v 1., 3., 5., 7. razredu OŠ

Pregled praviloma poteka v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji (izjemoma v šoli). Na pregled so vabljeni pisno ali preko šole. Število pregledanih učencev (v rednem delovnem času) naj ne bo večje od 30. V pregled je vključena tudi skupinska zdravstvena vzgoja v dveh skupinah (v dispanzerju ali v šoli). Opravi se tudi razgovor z razrednikom o posamezniku in skupini. V 7. razredu pravilnik predpisuje izvedbo ankete po manjših skupinah, tema ni predvidena.

3- Sistematični pregledi dijakov v 1. in 3. letniku SŠ

Pregled praviloma poteka v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji (izjemoma v šoli). Na pregled so vabljeni pisno ali preko šole. Število pregledanih učencev (v rednem delovnem času) naj ne bo večje od 30. V pregled je vključena tudi skupinska zdravstvena vzgoja v dveh skupinah (v dispanzerju ali v šoli). Opravi se tudi razgovor z razrednikom o posamezniku in skupini. V obeh letnikih pravilnik predpisuje izvedbo ankete po manjših skupinah, tema ni predvidena.

4- Sistematični pregledi mladine izven rednega šolanja v 18. letu

Pregled praviloma poteka v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji. Na pregled so vabljeni pisno. Zaposlene mladostnike vabi specialist medicine dela. Pregled obsega tudi individualno (skupinsko) zdravstveno vzgojo in izvedbo ankete.

Namenski pregledi

V okviru namenskih pregledov ni predvidena zdravstvena vzgoja.

Programirana zdravstvena vzgoja

Poleg zdravstvene vzgoje v okviru preventivnih pregledov se izvaja programirana zdravstvena vzgoja, katere namen je informirati in motivirati posameznika, da aktivno skrbi za svoje zdravje. Zdravstvenovzgojni programi naj bi omogočili posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja. Ciljne skupine za zdravstveno vzgojo so starši, pedagogi, otroci in mladostniki.

Za te storitve mora javni zdravstveni zavod in zasebnik za vsako leto pripraviti načrt, na osnovi analiz iz predhodnega leta iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja.

Zdravstveno vzgojno delo se lahko izvaja v prostorih šole ali zdravstvene ustanove (posvetovalnici, prostorih, namenjenih preventivi itd.). Delo opravljata zdravnik specialist in medicinska sestra, usposobljena za zdravstveno vzgojno delo z mladino.

Zdravstvenovzgojno in svetovalno delo se oblikuje glede na aktualno problematiko mladih, ki je posledica njihovega biopsihosocialnega razvoja (motnje v telesnem razvoju, oblikovanje samopodobe, problemi socializacije itd.), tveganega vedenja (v cestnem prometu, športu itd.), zlorabe drog (kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uporaba nelegalnih drog in drugih psihoaktivnih substanc), učne problematike (motnje koncentracije, izostajanje iz šole, strah pred šolo, antistresne veščine itd.), slabih prehranjevalnih navad (debelost, anoreksija, bulemija, nizkokalorične diete, alternativno prehranjevanje itd.) in tveganega spolnega vedenja (spolno prenesene bolezni, preprečevanje mladostniške nosečnosti, načrtovanje družine itd.).

Programirana zdravstvena vzgoja poteka v naslednjih oblikah:

- Zdravstvenovzgojna predavanja, učne delavnice in delo v malih skupinah z učenci, pedagogi in starši;
- Posvetovalnice za mlade;
- Medicinsko svetovanje otroku, njegovim staršem in pedagogu zaradi zdravstvene, vedenjske in učne problematike;
- Posveti s starši, učitelji, svetovalnimi delavci in mladimi – posvet je obsežna individualna zdravstvena vzgoja in svetovanje. Lahko poteka tudi po telefonu (vidik racionalizacije);

- Preventivne aktivnosti tima šolskega zdravnika na šoli ali zavodu; namen te aktivnosti je odstraniti oziroma zmanjšati škodljive vplive na zdravje šolarjev, ki izhajajo iz njihovega delovnega in bivalnega okolja in njihovih delovnih obremenitev in stila življenja, ki ga pogojuje šolanje. Tim šolskega zdravnika naj bi na šoli skrbel tudi za promocijo višje kulture bivanja mladih;
- stalno sodelovanje z ravnateljem in svetovalno službo;
- analiza zdravstvenega stanja učencev/dijakov in poročilo o tem ravnatelju in svetovalnim delavcem šole;
- sodelovanje na dveh pedagoških konferencah (predavanje z eno programirano temo in eno temo po lastni presoji);
- svetovanje glede šolske prehrane, priprave jedilnikov in dietnih obrokov;
- svetovanje pri pripravi šolskih aktivnosti z vidika obremenjenosti šolarja;
- spremljanje učencev, vključenih v posebno telesno vzgojo;
- svetovanje z ozirom na varnost šolskega prostora in šolske okolice;
- mnenje in ocena delovnega mesta šolarja z vidika ergonomske primernosti pohištva;
- povezovanje in sodelovanje z zdravstvenim inšpektorjem in zdravnikom specialistom za higieno območnega zavoda za zdravstveno varstvo ter predstavniki lokalnih teles, po potrebi skupno svetovanje ali ukrepanje na področju ohranjanja zdravja šolarjev.

4.5. Organizacija vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji

Nosilci vzgoje za zdravje v primarnem zdravstvenem varstvu so timi oziroma zdravniki. Vzgojo za zdravje večinoma izvajajo medicinske sestre, ki so zaposlene v različnih delih ustanov, to so monovalentni otroški dispanzerji, monovalentni šolski dispanzerji, bivalentni dispanzerji, referati, zdravstvenovzgojni centri, centri za promocijo zdravja idr. Trenutno imamo na voljo podatke o nosilcih vzgoje za zdravje (88-95), točnega podatka o tem, koliko sester (iz opravljenih ur) v Sloveniji trenutno izvaja vzgojo za zdravje, pa nimamo. Iz podatkov o nosilcih vzgoje za zdravje ni možno razbrati, koliko časa ali kadrov se nameni vzgoji za zdravje. Glede na število nosilcev je možno le oceniti usklajenost z obstoječimi normativi za time, za sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, pa normativi niso določeni.

ZZZS navaja v področnih dogovorih. Iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2007 je razvidno, da je število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca v otroških dispanzerjih 794 (154,74 nosilcev) in v šolskih dispanzerjih 1.445 (167,09 nosilcev), kar je v skladu z normativi (92). Dogovor tudi določa, da preskrbljenost prebivalcev posamezne izpostave Zavoda s številom nosilcev v

dejavnostih otroškega in šolskega dispanzerja sme odstopati od slovenskega povprečja za največ 8% (96). Iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2008 je razvidno, da je število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca v otroških dispanzerjih 817 (152,97 nosilcev) in v šolskih dispanzerjih 1.408 (167,61 nosilcev), kar je prav tako v skladu z normativi (91). Izračunov usklajenosti z normativi iz drugih virov nimamo.

Vendar pa je nacionalno prikazan kazalec le splošni kazalec kadrovske preskrbljenosti, ne pove pa dosti o kadrovski preskrbljenosti v posameznih okoljih. Že leta 2003 je bila prisotna zelo neenakomerna porazdelitev preskrbljenosti po Sloveniji in v nekaterih krajih kritično pomanjkanje. Takrat so ocenili, da v prihodnje lahko glede na starostno strukturo zdravnikov in specialistov pričakujemo postopno poslabšanje kadrovske preskrbljenosti v otroškem in mladinskem zdravstvenem varstvu, ki bo v posameznih okoljih ogrozila tudi izvedljivost preventivnega programa. Obenem primerjalne analize obremenitev zdravnikov kažejo, da so zdravniki v Sloveniji na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov v primerjavi z zdravniki Zahodne Evrope izraziteje obremenjeni, kar prav tako vpliva na izvajanje vzgoje za zdravje (14).

4.6. Financiranje izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti je določeno, da mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto. ZZZS na podlagi sprejetega Splošnega dogovora in Področnih dogovorov javno razpiše zdravstvene programe in storitve, na katere se lahko prijavijo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti, vključno s koncesionarji. Zavod nato med prijavljenimi izbere izvajalce, ki izpolnjujejo razpisne pogoje in z njimi sklene pogodbo.

V različnih zdravstvenih dejavnostih, ki se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, veljajo različni sistemi plačevanja. ZZZS za izvajanje zdravstvene vzgoje in nekaterih preventivnih programov v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni plačuje v obliki pavšalnega zneska. ZZZS v skladu s Splošnim dogovorom in Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost spremlja podatke o izvajanju programov, ki se plačujejo v pavšalu. Sem so zajeti tudi vzgoja za zdravje za otroke, šolarje in študente ter šola za starše, vendar pa te dejavnosti niso standardizirane. Izvajalci poročajo območnim enotam ZZZS dvakrat letno in sicer za prvo polletje ter celo koledarsko leto (89 in spletna stran <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf>). Poročila niso na voljo na spletnih straneh ali v letnem poročilu, pač pa je zanje potrebno posebej zaprositi.

Pri otrocih do 19. leta starosti lahko iz obrazcev, ki jih izvajalci izpolnjene posredujejo ZZZS povzamemo podatke o vrsti storitve in izvajalcu, število realiziranih storitev, skupno število zajete populacije, planirano in realizirano število ur. Obrazci so na voljo na spletni strani ZZZS <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf>)

Vrste storitev pri predšolskih otrocih so:

- zdravstveno vzgojno delo v posvetovalnici za starše in otroke;
- zdravstveno vzgojno delo z vzgojiteljicami, starši in otroci (predavanja, učne delavnice, delo v majhnih skupinah);
- posvet s starši, vzgojitelji in svetovalnimi delavci o zdravstveni in vedenjski problematiki otrok;
- preventivno delo tima pediatra v jaslih, vrtcih in zavodih.

Vrste storitev pri šolskih otrocih in mladini do dopolnjenega 19. leta starosti so:

- zdravstveno vzgojna predavanja, učne delavnice in delo v majhnih skupinah z učenci, pedagogi in starši;
- posvetovalnica za mlade;
- medicinsko svetovanje otroku, njegovim staršem in pedagogu za zdravstvene, vedenjske in učne problematike;
- posveti s starši, učitelji, svetovalnimi delavci in mladimi;
- preventivne aktivnosti tima šolskega zdravnika na šoli oziroma zavodu.

Storitve niso opredeljene niti kadrovsko, niti časovno, prav tako ne s točkovno vrednostjo.

Programi preventive in kurative se v otroških in šolskih dispanzerjih oblikujejo ločeno. Zavod najmanj dvakrat letno preverja realizacijo načrtovanega preventivnega programa po posameznih izvajalcih in o tem obvešča Ministrstvo za zdravje in izvajalce. Dogovor tudi navaja, da vzgoja za zdravje za otroke, šolarje in študente ter šola za starše ni standardizirana. Izvajalci o realizaciji programa poročajo Zavodu dvakrat letno na obrazcih, ki jih predpiše zavod. V letu 2007 je program zdravstvene vzgoje za otroke, šolarje in študente ter šola za starše, ostal na ravni plana iz pogodb za leto 2006. Zavod bo ta program plačeval v pavšalu (96). V letu 2008 je program prav tako ostal na ravni iz leta 2007, torej 2006 (92), v letu 2009 pa je prišlo do povečanja števila timov za zdravstveno vzgojo, ki jo izvajajo ZZV-ji (92,93). Področni dogovor za leto 2008 tudi navaja, da izvajalec za potrebe nadzora Zavoda hrani v evidenci podpise udeležencev posameznih delavnic (na dan uvodnega srečanja), podpise udeležencev individualne obravnave, skupaj z datumi posameznih srečanj in

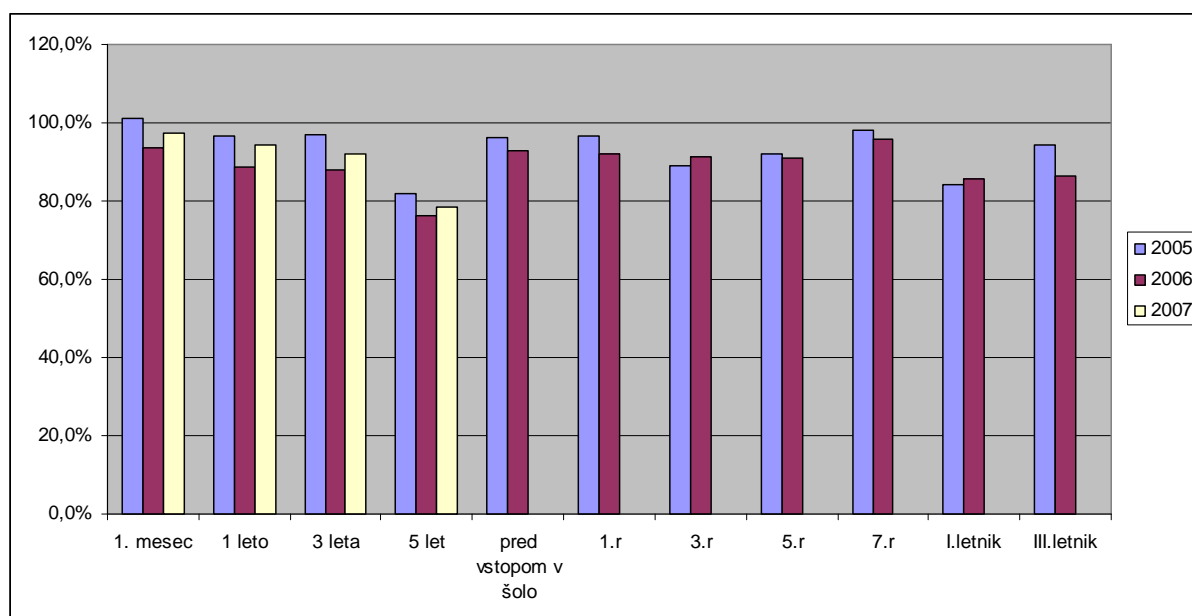
sezname ustanov ter skupin, kjer se je izvršil skupinski pregled. V primeru izvedbe programa v šolah in vrtcih zadostuje podpis prisotnega predstavnika teh ustanov (92).

V poslovnem poročilu ZZZS za leto 2006 ZZZS navaja (96): V splošnih ambulantah, otroškem in šolskem dispanzerju ter dispanzerju za ženske je Zavod posameznemu izvajalcu plačal celoten program storitev, če je le-ta realiziral približno polovico planiranega obsega storitev in izpolnil dogovorjeni program preventive, v splošni ambulanti, otroškem in šolskem dispanzerju pa po številu napotitev ni presegal slovenskega povprečja.

4.7. Izvajanje in poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje

Nekaj podatkov o izvajanju vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih lahko povzamemo iz letopisov IVZ RS (93-95). Pomemben kazalec dostopnosti zdravstvenega varstva je delež pregledanih otrok v okviru preventivnega programa predpisanega za posamezno starost (sistematični pregledi). Odstopanja ter neredno preventivno zdravstveno varstvo so izgubljene priložnosti za preprečevanje pa tudi zgodnje odkrivanje bolezni in zdravstvenih stanj pri otroku in mladostniku ter tudi vzgojo za zdravje.

Deleži pregledanih otrok v okviru predpisanih sistematičnih pregledov v letih 2005, 2006 in 2007 (ne v celoti), so predstavljeni v spodnji tabeli (93-95). Za leto 2008 podatki še niso dostopni.



Iz tabele je razvidno, da je delež v okviru sistematičnih pregledov pregledanih otrok nad 80% v vseh starostih, razen ob 5. letu starosti, kjer znaša nekaj manj kot 80%. Za oceno morebitnega trenda spreminjanja deleža pregledanih otrok v večini starosti bi bilo potrebno prikazati podatke za večje število let in obenem raziskati, ali razlike izvirajo iz poročanja ali morda regijskih razlik.

Iz statističnega letopisa za leto 2007 je tudi razvidno, da se je v letu 2007 udeležilo ZV predavanj v šolskem zdravstvenem varstvu in referatih za zdravstveno vzgojo 115.913 šolskih otrok in mladine (od tega 12.511 v šolskem zdravstvenem varstvu in 103.402 v referatih za zdravstveno vzgojo). V starosti od 6 do 18 let v Sloveniji je v letu 2007 živel 251.523 oseb, torej se je predavanj udeležilo 46% otrok in mladostnikov te starosti (95).

Izvajalci vzgoje za zdravje poročajo Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ RS) o izvajanju vzgoje za zdravje na obrazcu 8,74 po zahtevah Zakona o zbirkah podatkov. Vsi izvajalci zdravstvenih zavodov morajo v skladu z navodili beležiti izvajanje vzgoje za zdravje, ki jih izvajajo v okviru svojega dela. Vsako leto je tako zabeleženih preko 43.000 zapisov različnih dejavnosti vzgoje za zdravje. V večini primerov gre za razna predavanja, razgovore, delavnice, skupinske oblike dela ipd. za različne ciljne populacije. Skoraj vsa vzgoja za zdravje se izvede v organizaciji zdravstvenih domov, nekaj malega pa tudi v organizaciji drugih, npr. izvedba šol za starše v porodnišnicah. Mesto izvajanja je v večini primerov ali v zdravstvenem domu ali na šoli (93-95).

Število zdravstveno vzgojih dejavnosti, Slovenija, 2005-2007 (93-95).

Leto	Število dejavnosti
2005	47.389
2006	43.171
2007	45.353

Izvajalci najpogosteje izvajajo dejavnosti, ki so namenjene spodbujanju zdravega načina življenja, zdravi prehrani, spolni vzgoji. Iz podatkov je sicer razvidno, da je največ dejavnosti namenjeno zobozdravstveni vzgoji, vendar je tu potrebno omeniti, da gre v večini primerov za neskladnost poročanja z navodili. Med zobozdravstveno vzgojo izvajalci beležijo tudi preventivne posege (npr. fluorizacija zob) (93-95).

Odstotki nekaterih zdravstvenovzgojnih vsebin, Slovenija, 2005 - 2007 (93-95).

Nekatere vsebine	2005	2006	2007
Zdrav način življenja	12,4	12,4	17,7
Prehrana	9,0	10,3	8,4
Spolna vzgoja	5,4	5,4	5,2
Telesna dejavnost	2,2	2,6	2,5
Zobozdravstvena vzgoja	34,7	34,4	32,4
Osebna higiena	4,0	2,9	2,6
Rak	2,5	2,5	2,2
Šola za starše	2,8	2,5	3,5
Drugo	27,0	27,0	25,5

Izvajalke vzgoje za zdravje v Sloveniji so predvsem medicinske sestre različnih profilov (zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra in medicinske sestre z dodatnim izobraževanjem). V letu 2005 na primer so bile medicinske sestre izvajalke v preko 85 % primerov (93-95).

Odstotki izvajalcev zdravstvenovzgojnih dejavnosti, Slovenija, 2005 - 2007 (93-95).

Izvajalci	2005	2006	2007
Zdravnik	3,4	2,9	2,9
Zobozdravnik	2,6	2,0	2,3
DMS	33,0	41,9	46,0
VMS	23,2	16,0	16,0
Fizioterapevt	2,9	2,4	2,3
Dipl. org. dela v zdravstvu	0,8	1,9	1,4
Profesor zdravstvene vzgoje	3,0	5,0	6,0
Zdravstveni tehnik	25,5	19,1	13,6
Drugi	5,6	8,8	9,6

Vzgoja za zdravje se izvaja med različnimi starostnimi skupinami, od otrok in mladostnikov do njihovih staršev, odraslih kot tudi strokovnih delavcev (šole, vrtci ali drugi zdravstveni delavci). Glede na poročanje izvajalcev največ dejavnosti namenijo otrokom in mladostnikom, ki predstavljajo skoraj tri četrtine z dejavnostmi zajete populacije). V spodnjo tabelo niso vključene nosečnice v šolah za starše (93-95).

Zastopanost ciljnih populacij v %, Slovenija, 2005 - 2007 (93-95).

Ciljna populacija	2005	2006	2007
Otroci do 6,9 let	14,1	15,9	14,5
Otroci od 7,0 do 9,9 let	33,7	32,3	29,5
Otroci od 10,0 do 14,9 let	17,3	20,8	19,6
Mladostniki od 15,0 dalje	8,1	8,1	9,3
Starši	3,7	3,5	3,8
Odrasli	5,8	4,9	7,9
Strokovni delavci	1,0	1,4	1,4
Drugi	16,4	13,0	14,0

4.8. Posamezne raziskave na področju izvajanja vzgoje za zdravje v Sloveniji

V Sloveniji je na voljo malo raziskav izvajanja vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih, iz katerih bi lahko razbrali dejansko stanje izvajanja vzgoje za zdravje in stališč tistih, ki so pomembnejši deležniki v sistemu. Iz leta 2007 je na voljo raziskava med izvajalkami vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih. Ni pa na voljo raziskav o željah, potrebah, stališčih in mnenjih otrok in mladostnikov ter njihovih staršev.

V okviru poročila smo se v letu 2009 odločili za izvedbo številnih poglobljenih intervjujev med koordinatoricami vzgoje za zdravje na posameznih regijah in med izvajalkami vzgoje za zdravje v različnih okoljih. Območni zavodi bodo opravili tudi fokusne skupine med izvajalkami vzgoje za zdravje, obenem pa izvedli še pisno anketiranje večjega števila izvajalk o različnih vidikih vzgoje za zdravje in morebitnih spremembah v smislu izboljšanja tako pri koordinatoricah kot tudi izvajalkah vzgoje za zdravje. Omenjene naloge se izvajajo v sodelovanju z IVZ RS.

Menimo, da je pomembno, da v prihodnje opravimo tudi raziskave želja, potreb, stališč in mnenj otrok in mladostnikov ter njihovih staršev, kot uporabnikov teh storitev.

4.8.1. Raziskava med izvajalci vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, 2007 (97)

V poročilu so analizirani rezultati raziskave o organizaciji vzgoje za zdravje (VZZ) za otroke in mladostnike v Sloveniji med izvajalci vzgoje za zdravje. Na vprašalnik je odgovorilo 68 izvajalcev iz različnih delov Slovenije.

Pri razlagi rezultatov je potrebno upoštevati pristranost izbora, saj so posamezne zdravstvene regije neenakomerne zastopane. Predvidevamo lahko, da so v raziskavi

sodelovali predvsem tisti izvajalci VZZ, ki temu posvečajo še posebno pozornost oziroma razmišljajo o možnih izboljšavah obstoječih težav in pomanjkljivosti na tem področju. V tem primeru lahko ocenimo, da obstaja možnost, da so rezultati lahko precenjeni.

Povzetek glavnih ugotovitev

1. sklop: Splošni podatki o izvajanju VZZ

- Več kot 98% anketirancev izvaja VZZ ob sistematičnih pregledih, skoraj 75% v sodelovanju s šolami, nekaj več kot 16% jih ima organizirane redne ure VZZ v ZD, skoraj 13% pa jih izvaja VZZ tudi na druge načine.
- VZZ za šolske otroke in mladostnike je najpogosteje organizirana v okviru šolskega dispanzerja (približno 70%), nato v okviru referata za ZV (približno v 43%), v približno 12% pa je organizirana na druge načine.
- Povprečno število otrok, ki so mesečno vključeni v organizirano VZZ je 268, največ 900 in najmanj 55.
- Delež celotnega delovnega časa, ki ga vsi izvajalci VZZ, ki so sodelovali v raziskavi, skupno posvetijo VZZ (predšolski, šolski otroci in šola za starše) znaša približno polovico njihovega delovnega časa na letni ravni (od tega skoraj 10% za VZZ predšolskih otrok, skoraj 40% za VZZ šolskih otrok in nekaj manj kot 3% za VZZ v okviru šole za starše).
- Anketiranci, ki izvajajo VZZ predšolskih otrok v povprečju porabijo skoraj 20% svojega delovnega časa za VZZ pri tej skupini otrok.
- Anketiranci, ki izvajajo VZZ pri šolskih otrocih, v povprečju porabijo skoraj 40% svojega delovnega časa za VZZ pri tej skupini otrok.
- Anketiranci, ki izvajajo VZZ v okviru šole za starše, v povprečju porabijo skoraj 17% svojega delovnega časa za VZZ v okviru šole za starše.
- V povprečju anketiranci namenijo skoraj 23 ur in pol na mesec za VZZ v obdobju 8 do 10 mesecev na leto.
- Med glavne probleme pri izvajanju VZZ za otroke in mladostnike anketiranci uvrščajo predvsem pomanjkanje prostorov (oziroma neustreznost prostorov), pomanjkanje časa pri zdravstvenem osebju, pomanjkanje didaktičnih pripomočkov, pomanjkanje zdravstvenega osebja ter neustrezno organizacijo dela.
- O izvajanju sistematičnih pregledov pri zasebnih zdravnikih je na voljo le malo podatkov in bi bilo potrebno pripraviti celovitejši pregled izvajanja sistematičnih pregledov ter porabe sredstev v te namene pri tej skupini zdravnikov.

2. sklop: Izvajanje VZZ ob sistematičnih pregledih otrok in mladostnikov

- Ob sistematičnih pregledih izvaja VZZ redno skoraj 82% anketirancev, ostali občasno.

- Posamezen ZD po navedbah anketirancev pokriva povprečno nekaj več kot 10 šol in skoraj 95 razredov.
- Sistematični pregledi so organizirani predvsem v okviru monovalentnih dispanzerjev (skoraj 45%), nato bivalentnih dispanzerjev (nekaj več kot 36%) ter službe splošne oziroma družinske medicine (nekaj več kot 7%).
- VZZ ob sistematičnih pregledih anketiranci v 90% izvajajo v obliki predavanja in/ali pogovora pred ali po sistematičnem pregledu.
- V povprečju imajo anketiranci za VZZ za en razred na voljo 1 uro in 22 minut, najmanj 15 minut in največ 5 ur.
- Od metod dela v nižjih razredih anketiranci najpogosteje uporabljajo razgovor in sicer v več kot 93%, sledijo predavanje v skoraj 68%, demonstracije v nekaj več kot 61%, igrice v približno 32% individualno delo v skoraj 18% in druge metode dela prav tako v skoraj 18%.
- Pri višjih razredih anketiranci najpogosteje od metod dela uporabljajo predavanje in sicer v 95%, sledijo razgovor v več kot 88%, demonstracije v 65%, individualno delo v 25%, druge metode dela v nekaj več kot 18% in igrice v nekaj manj kot 7%.
- Med VZZ ob sistematičnih pregledih otrok in mladostnikov vsi anketiranci delijo otrokom in mladostnikom ZV gradiva. Več kot 90% jih deli gradiva IVZ RS, skoraj 80% gradiva ZZV, 57% gradiva drugih organizacij in skoraj 48% lastna gradiva.
- Opravljeno delo redno vrednoti 40%, občasno skoraj 37% in ne vrednoti nekaj več kot 23% anketirancev. V približno tretjini primerov opravljeno delo vrednotijo z uporabo vprašalnika oziroma ankete med uporabniki, v petini s pogovorom z učenci oziroma dijaki, v sedmini primerov navajajo kot vrednotenje svojega dela vpis oziroma dokumentiranje VZZ v računalnik oziroma v obliki dnevnika, v nekaj več kot desetini primerov pa preko pogovora s šolskimi delavci.

3. sklop: Izvajanje VZZ v sodelovanju s šolo

- Na večini OŠ izvaja VZZ skoraj 45% anketirancev, na nekaterih OŠ pa skoraj 35% anketirancev.
- Na večini SŠ izvaja VZZ nekaj več kot 22% anketirancev, na nekaterih SŠ pa nekaj več kot 16% anketirancev, okoli 12% pa SŠ na svojem območju nima.
- VZZ na šolah ne izvaja okoli 20% anketirancev.
- Pri dveh tretjinah anketirancev poteka izvajanje VZZ na šolah predvsem po potrebi, v približno tretjini primerov pa izvajalci s šolo naredijo skupni plan dela vsako leto. Na druge načine izvaja VZZ približno petina anketirancev.
- Na OŠ izvajajo VZZ najpogosteje v obliki predavanj za učence (nekaj več kot 87%), naravoslovnega dne (nekaj več kot 62%), predavanj za starše (nekaj manj kot 62%), delavnic za učence (okoli 40%) in predavanj za pedagoške delavce (nekaj manj kot 285%).

- Na SŠ izvajajo VZZ najpogosteje v obliki predavanj za dijake (skoraj 83%), delavnic za dijake (približno 48%), naravoslovnega dne (okoli 24%), predavanj za pedagoške delavce (okoli 14%) in predavanj za starše (prav tako približno 14%).
- Anketiranci izvajajo vzgojo za zdravje na OŠ v vseh razredih, največ v 8., 4. in 1. razredu, najmanj pa v 2. razredu OŠ.
- V SŠ največ anketirancev izvaja VZZ v 1. in 3. letniku SŠ, najmanj pa v zadnjem, 4. letniku.
- Skoraj 60% anketirancev navaja, da imajo dobre izkušnje z večino šol, sodelovanje je pozitivno in korektno. Z nekaterimi šolami bolje, z drugimi slabše sodeluje 17% anketirancev, nekaj več kot 6% pa jih izvaja VZZ na šolah samo ob povabilu šole. Manj kot 9% anketirancev navaja, da s šolami ne sodelujejo oziroma slabo sodelujejo.
- Opravljeno delo na šolah redno evalvira malo več kot 37%, občasno skoraj 35% in ne evalvira skoraj 28% anketirancev. Med načini vrednotenja, ki jih uporabljajo, je najpogostejši uporaba vprašalnika oziroma ankete med uporabniki v skoraj 29%, pogovor šolskimi delavci v nekaj več kot 18%, vpis oziroma dokumentiranje ZV v računalnik oziroma v obliki dnevnika v nekaj manj kot 16%, v nekaj več kot 10% pa preko pogovora z učenci ali dijaki.
- Med mnjenji anketirancev o sodelovanju s šolami je potrebno izpostaviti že sedanje dobro sodelovanje s šolami in pomembnost tega, da nudijo vsebine VZZ tudi zunanji sodelavci. Anketiranci poudarjajo pomembnost enotnega programa in usklajenega urnika s šolami ter usklajenost in potrebo po poznavanju učnega načrta. Anketiranci izpostavljajo tudi potrebo po kadrovskih okrepitvah in načrtovanju večjega deleža časa, namenjenega VZZ.
- Med predlogi za izboljšanje podajanja vsebin VZZ v šolskem okolju anketiranci izpostavljajo potrebo po enotnem programu, vsebinah, smernicah in pripomočkih za delo.

4. sklop: Druge oblike izvajanja vzgoje za zdravje

- Približno polovica anketirancev izvaja vzgojo za zdravje tudi še na druge načine. Med temi se najpogosteje navajajo načini dela z odraslo populacijo, kot so npr. delavnice CINDI. Med načini dela, katerih ciljne skupine so tudi učenci in dijaki pa se najpogosteje navajajo aktivnosti ob svetovnih dnevih, aktivnosti v internatih in dijaških domovih, individualna VZZ, delavnice v počitniškem času ter VZZ ob vsakem srečanju (tudi ob kurativnih obiskih).
- V okviru pripomb in predlogov, ki so sicer zelo raznoliki, anketiranci ponovno poudarjajo potrebo po enotnem pristopu na nacionalni ravni. Izražajo tudi podporo in pohvalo začetemu delu IVZ RS na tem področju.

Anketiranci izpostavljajo potrebo po enotnem programu, vsebinah, smernicah in pripomočkih za delo, to je enotnem pristopu k izvajanju VZZ na nacionalni ravni. Izražajo tudi podporo in pohvalo začetemu delu IVZ RS na tem področju. Anketiranci izpostavljajo potrebo po

kadrovskih okrepitvah in načrtovanju večjega deleža časa, namenjenega izvajanju VZZ in pripravam na izvajanje.

4.8.2. Poglobljeni intervjuji: regionalne koordinatorice in posamezne izbrane izvajalke vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih

Poglobljeni intervjuji

Poglobljene intervjuje smo načrtovali in izvedli s ciljem, da pridobimo čimveč informacij o stanju na področju izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike in pridobimo usmeritve za nadaljnje podrobnejše raziskovanje področja.

Izvedli smo poglobljene intervjuje s 6 koordinatoricami vzgoje za zdravje na območnih zavodih za zdravstveno varstvo ter z osebo, ki je to delo opravljala pred menjavo službe in sicer na področju sedme zdravstvene regije. Zajeli smo torej 7 od 9 zdravstvenih regij, torej več kot tri četrtine. Naš cilj je bil grob pregled stanja na področju koordiniranja ter stanja izvajanja vzgoje za zdravje na posamezni zdravstveni regiji.

V nekaterih območjih smo izbrali primere dobrih praks in z izvajalkami le-teh opravili poglobljene intervjuje. Pogovarjali smo se s skupaj 13 izvajalkami vzgoje za zdravje, od tega s 3 zdravnicami in 10 medicinskimi sestrami. Od 13 izvajalk jih 7 opravlja vzgojo za zdravje za šolske otroke, 4 za predšolske otroke, 2 pa za obe skupini.

S pomočjo izbranega načina dela, torej intervjujev, smo lahko pridobili širši, a manj natančen, vpogled v področje, ki ga z vnaprej zasnovanimi, določujočimi, vprašalniki ne bi mogli. Zaključki iz opravljenih intervjujev nam lahko služijo kot usmeritve za izboljšave sistema izvajanja vzgoje za zdravje ter osnova na nadaljnje, obsežnejše raziskave.

Navajamo povzetke opravljenih intervjujev.

Poglobljeni intervjuji s koordinatoricami vzgoje za zdravje

Vloga in delo koordinatoric vzgoje za zdravje na zdravstvenih regijah

Koordinatorstvo vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike se na posameznih zdravstvenih regijah izvaja zelo raznoliko. V najobsežnejši obliki se izvaja kot načrtovanje letnih planov dela in vsebin skupaj z izvajalkami, spremljanje izvajanja, dogovorov v šolah in zdravstvenih domovih (s poudarkom na tistih, kjer prihaja do zastojev ali težav pri izvajanju ali financiranju), razvoj posameznih programov, zaznavanje problemov na regiji in opozarjanje, tudi izvajanje posameznih aktivnosti. Tako se bolj ali manj opravlja koordiniranje na dveh regijah, eni manjši in eni večji, vendar pa je ta način dela uveden v glavnem le za vzgojo za zdravje šolskih otrok. Letne načrte izvajanja vzgoje za zdravje skupaj z izvajalkami pripravlja ena od anketiranih koordinatoric iz manjše regije. Ta način dela je v obeh primerih rezultat

postopnega, vztrajnega in načrtnega delovanja obeh koordinatoric in morda tudi časovna stalnost osebe, ki opravlja koordinatorsko delo.

Obe koordinatorici poudarjata pomen dogovorov v ZD in šolah, ki naj jih opravlja koordinator, ena od obeh poudarja, naj bo za ta del nalog odgovoren zdravnik (lahko vodja centra za socialno medicino) ter da se na višjih nivojih lahko doseže zelo dobre sistemske dogovore, ki potem olajšajo delo koordinatoricam in izvajalkam.

Na drugih zdravstvenih regijah je delo koordinatoric različno obsežno. Ponekod so stiki in sodelovanje med koordinatoricami in izvajalkami pogosti in redni. Najmanjši obseg dela koordinatoric predstavlja vabljenje na srečanje enkrat letno, obvestila o aktualnih temah ter izobraževanjih ter delitev gradiv izvajalkam vzgoje za zdravje. Koordinatorice se zavedajo, da se obseg dela v okviru koordinatorskega dela vzgoje za zdravje razlikuje med posameznimi zdravstvenimi regijami.

Koordinatorice iz večine zdravstvenih regij večinoma menijo, da sicer so uradno postavljene, a določenih pristojnosti nimajo oziroma si jih ne morejo izboriti zaradi nedorečene vloge in pristojnosti koordinatorja. Predvsem vodstva ZD jih ne sprejemajo oziroma doživljajo kot koordinatorje vzgoje za zdravje. Nekatere navajajo, da nimajo pristojnosti, da bi se vtikale v delo ZD ali pa v to, kam gre denar, namenjen temu področju. Premalo je tudi medsebojnega razumevanja vseh vpletenih (zdravnik, sestra, vodstvo ZD, zavarovalnica, koordinator...), da bi vzpostavili ustrezen način koordiniranja. Koordinatorice menijo, da vloge niso jasno opredeljene oziroma morajo biti jasneje opredeljene. Želijo bolj dorečeno in formalizirano vlogo koordinatorja. Ministrstvo za zdravje jih pri tem v preteklosti ni podprlo.

Ponekod imajo koordinatorice sicer vpogled v letne načrte dela izvajalk, vendar pri načrtovanju ne sodelujejo, prejemajo pa poročila o izvajanju vzgoje za zdravje od izvajalk. Večinoma delo koordinatoric iz vseh vključenih zdravstvenih regij vključuje vse populacijske skupine. Pri vzgoji za zdravje otrok in mladostnikov se na vseh zdravstvenih regijah predvsem usmerjajo v vzgojo za zdravje za šolske otroke.

Vse koordinatorice imajo okvirni pregled čez izvajanje vzgoje za zdravje pri otrocih in mladostnikih na njihovih regijah, je pa ta pregled raznolik in pričakovano boljši na manjših regijah.

Izvajalke od koordinatoric iščejo strokovno podporo, nanje naslavljajo strokovna vprašanja. Koordinatorice in druge sodelavke z ZZVjev delajo tudi na terenu in izvajajo aktivnosti ter tako dopolnjujejo delo sester. Šolam ali pošljejo ponudbo svoji aktivnosti in se šola prijavi za izvajanje programa ali pa se odzovejo na potrebe šole.

Koordinatorice delijo izvajalkam gradiva. To delajo glede na pripovedi na različne načine, bodisi po določenih ključih, bodisi po lastni presoji. Iz posameznih navedb lahko razberemo, da kjer za delitev gradiv uporabljajo ključne, gradiv običajno zmanjka, kjer pa jih delijo po lastni presoji, pa je gradiv dovolj.

O gradivih na spletu se nismo usmerjeno pogovarjale, vendar je ena od koordinatoric samoiniciativno spregovorila o tem. Ocenjuje, da je tovrsten pristop nezadosten in neustrezen, da so gradiva potrebna v tiskani obliki.

Koordinatorice izvedejo nekaj letnih sestankov z izvajalkami in večinoma poudarjajo, da so sestanki pomembni in je z njimi potrebno nadaljevati. Skličejo jih večinoma od enkrat do 4x letno (po posameznih populacijskih skupinah). Ena od koordinatoric ima sestanke celo 1x mesečno (razen poleti) in sicer vedno v drugem ZD, da se izvajalkam približa. Glede na pripovedi, se koordinatorji z ZZVjev srečujejo predvsem s koordinatoricami izvajalk s terena, pa tudi z vsemi izvajalkami in sicer predvsem za šolske otroke, zelo poredko za predšolske. Ena od koordinatoric poudarja, da morajo biti ti sestanki za vse izvajalke, time, ne le koordinatorje. Na teh sestankih koordinatorice z ZZVjev vedno vključijo tudi strokovne teme (izobraževanje izvajalk). Sestre iz dispanzerjev se sestankov pogosto ne morejo udeleževati zaradi organizacijskih in časovnih problemov.

Poleg sestankov imajo koordinatorice tudi redne stike z izvajalkami preko elektronske pošte za reševanje tekočih zadev ter obveščanje. Tovrstne stike imajo tudi s tistimi skupinami za katere ne sklicujejo sestankov (npr. pediatre).

Koordinatorice le težka ocenijo, koliko koordinatorjev na regijo bi bilo potrebnih, ker je to odvisno od obsega dela, ki pa trenutno ni jasen, zato so tudi odgovori različni in osnovani na različnem pojmovanju obsega dela v okviru koordiniranja. Ena od koordinatoric meni, da to ni v celoti odvisno od števila šol, ki jih območje pokriva, saj koordinator dela z izvajalkami skupinsko.

Ena od koordinatoric z večje regije meni, da bi bila ena oseba bolj celovito odgovorna za celotno področje preventive (to naj bi bil zdravnik, lahko vodja socialne medicine), potem pa bi določili eno osebo za odrasle in eno za otroke in mladostnike, predvsem tudi za to, ker delajo širše kot le koordiniranje, saj hodijo tudi na teren, da ostajajo v stiku z njim ter tudi izvajajo različne aktivnosti. Seveda pa je število kadra potrebno prilagoditi obsegu dela.

Druga koordinatorica s srednje velike regije meni, da bi bili potrebni dve osebi za to delo, da bi celovito pokrivali to področje, vsaka od njiju bi pokrivala vse populacijske skupine, delo pa bi si razdelili po geografskih področjih in bi se lahko pokrivali.

Dve koordinatorici menita, da je potrebna ena oseba za to delo. Ena od njiju poudarja, da zato, ker IVZ RS pripravlja smernice, vsebine in osnove ter gradiva za delo, one pa le

organizirajo sestanke in rešujejo aktualno problematiko. Vendar pa v isti sapi tudi pove, da pregleda čez stanje na svoji regiji ob vsem delu nima in ne more imeti, še posebej tudi zato, ker vzgojo za zdravje izvaja veliko število sester in vsem le stežka sledi. S posebej vzgoji za zdravje namenjenimi sestrami, bi olajšali tudi spremljanje, ker je tako vse manj razdrobljeno. Koordinatorica z regije, kjer trenutno poteka koordinatorsko v majhnem obsegu meni, da je za to delo potrebnih okvirno 10 dni na leto in sicer za organizacijo in izvedbo dveh sestankov izvajalk vzgoje za zdravje, v začetku leta za opozorila o rednih in aktualnih temah za prihajajoče leto in za tekoče naloge.

Vse se strinjajo, da je potrebna močna nacionalna koordinacija. Vlogo, naloge in kompetence nacionalnega koordinatorja je potrebno jasno opredeliti in formalizirati.

Organiziranost izvajalk in izvajanja vzgoje za zdravje

Izvajalke vzgoje za zdravje so prvenstveno sestre. Predvsem so to sestre, ki delajo v dispanzerjih šolskih zdravnikov, pediatrov, vendar pa se prisotne tudi sestre, ki izvajajo samo vzgojo za zdravje (lahko le za eno od skupin, npr. šolske otroke, lahko pa delajo z vsemi starostnimi skupinami, tudi odraslimi v okviru CINDI programov) in ne delajo v dispanzerjih, vendar pa je po navedbah koordinatoric takih primerov malo. Te sestre izvajajo vzgojo za zdravje običajno v posebnih prostorih, namenjenih tem dejavnostim in ne v čakalnicah ali dispanzerjih in lahko vzgoji za zdravje namenijo več časa. Vzgojo za zdravje pa izvajajo tudi patronažne sestre in glavne sestre. Pogosto namreč izvajalke vzgoje za zdravje opravljajo tudi številna druga dela, poleg tega, da izvajajo vzgojo za zdravje in seveda lahko le-tej namenijo primerno manj časa in energije.

V timu, ki izvaja vzgojo za zdravje, ni točno določeno kolikšen del sestrinega delovnega časa mora biti posvečen preventivi (pri odraslih pa je npr. to točno določeno), zato zelo pogosto prevlada kurativa. Prisotno je pomanjkanje timov oziroma kadrovska podhranjenost. Sestre imajo tudi premalo časa za pripravo na izvajanje vzgoje za zdravje in udeležbe na izobraževanjih in sestankih za to področje.

Organiziranost dispanzerjev in zdravnikov, pri katerih delajo sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje za te ciljne skupine je zelo raznolika, obstajajo monovalentni, bivalentni dispanzerji, ambulate družinske medicine (predvsem na zdravstvenih postajah), na nekaterih področjih pa vzgojo za zdravje izvajajo tudi pediatri, ki prihajajo od drugod in tam delajo ob določenih dnevih.

Nekatere koordinatorice opozarjajo na pomanjkanje predvsem šolskih zdravnikov, manj pediatrov in sicer že sedaj oziroma na še večje pomanjkanje v prihodnosti. Ena obenem opozarja, da specializacija iz pediatrije ni preventivno usmerjena. Vse to predstavlja velik

problem za izvajanje vzgoje za zdravje (kurativa zlahka prevlada nad preventivo in le-ta prva odpade, saj gre za še vedno slabo prepoznano in sprejeto področje, ki je tudi kadrovsko slabo podprto). Obenem pa imamo močno družinsko medicino na drugi strani, kar bi lahko pomenilo nasprotovanje uvedbi sestre za vzgojo za zdravje, ki bi samostojno delala. Meni pa, da bi postopoma in skozi daljši čas bil ta pristop lahko kljub temu uspešen. Menijo tudi, da so sestre tiste, ki nekako najbolj prepoznajo to področje. Je pa poleg tega potrebna podpora vodstva ZD.

Pogosto so prostori in delovna sredstva za izvajanje vzgoje za zdravje pomanjkljivi in neprimerni, kar zelo otežuje delo izvajalkam.

Potrebno bo premisliti, kako bolj pritegniti otroke in predvsem mladostnike, da se udeležijo vzgoje za zdravje, še posebej pa, kako bi pritegnili starše, saj jih je težko pridobiti, še posebej tiste, ki bi tovrstne informacije najbolj potrebovali.

Podatkov o stanju izvajanja vzgoje za zdravje pri zasebnikih je malo, večinoma se le-ti ne udeležujejo sklicanih sestankov.

Koordinatorice večinoma menijo, da bi bilo primerno, da vzgojo za zdravje izvajajo sestre, ki se posebej ukvarjajo s tem, vendar pa to ne bi smelo pomeniti, da se vzgoja za zdravje ob sistematičnih pregledih ne bi izvajala več. Njihovo mnenje je, da je za sistematične preglede primernejše individualno usmerjeno svetovanje, vzgojo za zdravje pa naj sestra izvaja v šolah, pa tudi v ZD. Koordinatorice menijo, da lahko ena sestra (ustrezno usposobljena in sposobna) izvaja vzgojo za zdravje za različne starostne skupine (predšolski, osnovnošolski, srednješolski otroci), v luči raznih omejitev pa je morda bolj primerna specializacija. Prednosti tega, da ena izvajalka dela z vsemi starostnimi skupinami je predvsem v tem, da se zlahka zagotovi nadomeščanje in zamenjave. Sestre bi lahko bile zaposlene v okviru posebnih centrov, podobno kot zdravstveno vzgojni centri, le da bi vključevali delo z vsemi starostnimi skupinami. Ena od koordinatoric je predlagala, da bi bilo morda organizacijsko najučinkoviteje, če bi bile te sestre zaposlene na območnem zavodu za zdravstveno varstvo. Po njeni oceni bi to pomenilo lažjo koordinacijo, večjo enotnost dela, lažje bi bilo organizirati nadomeščanja, enostavnejše bi bilo izobraževanje. S tem pa se ena od drugih koordinatoric ne strinja, saj meni, da je pomembna dostopnost, bližina ciljni skupini, še posebej na večjih regijah. Z ostalimi se o možnosti za umeščanje sester izvajalk vzgoje za zdravje na ZZVje nismo pogovarjali, ti dve koordinatorici sta namreč samoiniciativno spregovorili o tem. Sestre, ki bi samostojno izvajale vzgojo za zdravje bi morale biti tesno povezane in v rednih stikih z zdravniki oziroma timi pediatra in/ali šolskega zdravnika, obenem pa ustrezno vpete v organizacijo in sistem.

Ena od koordinatoric se ni čutila sposobna oceniti ustreznosti tovrstnega pristopa, ker meni, da premalo ve o trenutnem stanju in izvajanju vzgoje za zdravje na njihovi regiji.

Vzgoja za zdravje pri predšolskih otrocih naj bi se izvajala individualno, pri šolskih (razen morda v prvih razredih) pa skupinsko z možnostjo individualne obravnave ob tovrstni potrebi. Pri načrtovanju kadrovskega normativov je potrebno poleg števila otrok in mladostnikov na sestro oziroma tim, upoštevati tudi naravo dela, ki zahteva čas za pripravo, potovanja (odvisno od oddaljenosti) idr.

Potrebna bi bila posebna selekcija pri zaposlovanju izvajalk vzgoje za zdravje. Ne bi se smelo dogajati, kot se sedaj, da tam, kjer vzgoje za zdravje ne smatrajo kot pomemben del svojega dela, na te naloge dajejo osebe pred upokojitvijo, da pač nekje bodo do upokojitve ali osebe, ki za to nimajo smisla ali interesa in jih pač niso želeli dati drugam.

Potrebno je usmeriti tudi pozornost na povezovanje z vsemi tistimi, ki prav tako delujejo na tem področju, to so ostale organizacije, društva in prostovoljci, obenem pa tudi spremljanje njihovega dela.

Izvajanje vzgoje za zdravje

Obseg izvajanja vzgoje za zdravje je med regijami in znotraj njih zelo raznolik. V nekaterih ZD se glede na pripovedi koordinatoric vzgoja za zdravje ne izvaja ali skoraj ne izvaja.

Predšolski otroci: Vzgoja za zdravje se izvaja individualno, predvsem kot usmerjeno svetovanje ob sistematičnih pregledih glede na probleme staršev oziroma otroka. V zelo redkih primerih obstajajo skupinski načini dela s starši.

Koordinatorji navajajo, da nekatere izvajalke izvajajo vzgojo za zdravje tudi v vrtcih. Vendar pa so to bolj za izjeme kot pravilo, včasih gre tudi za predajo programov vzgojiteljicam, ki jih potem izvajajo. Tak obseg vzgoje za zdravje je po mnenju koordinatoric posledica pomanjkanja kadrov.

Šolski otroci: Izvajanje vzgoje za zdravje je zelo raznoliko, lahko je skupinsko ali individualno izvaja pa se ob sistematičnih pregledih v zdravstvenih domovih ali v šolah. Vzgoja za zdravje se izvaja v okviru sistematičnih pregledov na individualni ravni, kjer za skupinsko delo niso na voljo ustrezni pogoji, skupinsko pa predvsem tam, kjer so na voljo ustrezni pogoji, oprema in čas, pogosto pa tudi v neustreznih pogojih. Lahko pa se sploh ne izvaja ob sistematičnem pregledu, ampak naknadno v šoli, ponovno zaradi tega, ker niso izpolnjeni pogoji za skupinsko delo (ni prostorov, ni opreme, ni časa) ali pa za tovrsten način obstaja interes šole.

Delo v okviru sistematičnih pregledov je pogosto tudi le rutinsko in bolj v smislu odzivanja na konkretne probleme posameznega otroka. Pogoste se izvede le sistematični pregled, vzgoje za zdravje pa ne.

Poleg vzgoje za zdravje v okviru sistematičnih pregledov se tam, kjer za to obstajajo možnosti (kadri, oprema, čas), zainteresiranost izvajalke ter interes šol, dodatno izvaja vzgoja za zdravje na šolah, vendar pa je to redkejši način izvajanja vzgoje za zdravje. Po skupinskem izvajanju ponekod dajo možnost otrokom za dodatno individualno svetovanje, v kolikor ga želijo.

Prisotnost izvajalk vzgoje za zdravje v šolah se zelo razlikuje med regijami, pa tudi znotraj njih. Ponekod v šole izvajalke ne hodijo, drugje se spet odzivajo le na izrecno željo šole, redko pa imajo nekakšen redni način dela v šolah z letnim načrtovanjem aktivnosti v dogovoru s posamezno šolo. Šole kažejo zelo različne nivoje interesa za tovrstne dejavnosti, pogosto pa aktivnosti vzgoje za zdravje uporabljajo za nadomeščanja (suplence).

Ena od koordinatoric opozarja, da so šole preobremenjene in storilnostno usmerjene in da je potrebno poiskati primerne načine za delo z njimi. Poudarja pomen sodelovanja z zavodi za šolstvo in vodstvi šol, potem pa se običajno vedno najdejo možnosti za sodelovanje.

Izvajalke (ki sicer ne delajo v dispanzerjih) se vsaj na eni zdravstveni regiji povezujejo z zdravniki v ustreznih dispanzerjih in z njimi izmenjajo podatke in posebnosti pri otrocih.

Načini dela pri skupinskem izvajanju vzgoje za zdravje so vse od frontalnih predavanj do inovativnih pristopov. Način izvajanja pa tudi marsikateri drugi vidik izvajanja vzgoje za zdravje je odvisen od programov, ki so na voljo, entuziazma in vztrajnosti posameznih izvajalk, odnosa ZD do vzgoje za zdravje, pa tudi od sredstev in kadrov, ki so na voljo.

Koordinatorice večinoma ocenjujejo, da je šola primernejši prostor za izvajanje vzgoje za zdravje, kajti vzdušje med otroci naj bi bilo dosti bolj sproščeno in motivirajoče kot v ZD (zaradi strahu pred tem, kaj jih čaka, pred cepljenji ipd.).

Programi in vsebine

Med regijami in posameznimi izvajalkami se vsebine in programi vzgoje za zdravje zelo razlikujejo, so torej neenotni po Sloveniji, isto velja po pripovedovanju tudi za obseg in kvaliteto izvajanja. Na nekaterih zdravstvenih regijah obstajajo bolj ali manj uspešni poskusi poenotenja vsebin (znotraj regije), ki so jih sprožile koordinatorice, ker so pri pregledih stanja zaznale obsežno raznolikost dela. Ponekod pa je do poenotenja vsebin prišlo zaradi interesa samih izvajalk, ki so si med seboj izmenjevale programe.

Veliko izvajalk uporablja gradiva in program Vzgoje za zdravje IVZ RS, ki jih ocenjujejo kot dobre, primerne in jih zelo pohvalijo. Koordinatorice navajajo, da so sestre zelo zadovoljne, da so že sedaj do neke mere podprte z gradivi. Izvajalke pa v veliki meri uporabljajo tudi

svoje programe in izvajajo vzgojo za zdravje za vsebine, ki jih izberejo same. Med posameznimi zdravstvenimi regijami včasih pride do izmenjave programov.

Vse koordinatorice podpirajo uvedbo enotnega programa torej uvedbo enotnih vsebin, kot je program Vzgoja za zdravje IVZ RS ter enotno izvajanje vsebin kot nekega enotnega standarda za vse otroke in mladostnike v Sloveniji. Program mora biti formalno potrjen in veljaven ter ustrezno vključen v pravilnik, da se nanj lahko koordinatorji sklicujejo. Morda kot program imunoprofilakse, ki se redno posodablja, je pa obvezujoč. Program je potrebno vedno znova posodablirati in dopolnjevati.

Poleg teh enotnih vsebin in programov, ki jih morajo prejeti vsi otroci in mladostniki v Sloveniji v enakem obsegu, pa mora biti namenjen določen čas tudi za vsebine, ki jih določi izvajalka vzgoje za zdravje, zaradi specifičnosti območja ali problema, ki se v določenem času pojavi v posameznem okolju, razredu ipd.

Vrednotenje in spremljanje dela

Koordinatorice zelo redko vrednotijo ali spremljajo programe in vsebine vzgoje za zdravje in sicer predvsem tam, kjer imajo koordinatorji močnejšo vlogo. V posameznih primerih se koordinatorice trudijo vzpostaviti nek sistem vrednotenja izvedene vzgoje za zdravje. *(Opombe avtoric: Izvaja pa se vrednotenje programa Vzgoje za zdravje, ki ga vodi IVZ RS.)*

Pogostost kontaktov z otroci

Kjer se izvaja vzgoja za zdravje le v okviru sistematičnih pregledov, se le-ta izvaja v skladu z navodili, približno na dve leti, zato je tako pogost tudi kontakt izvajalke z otroci. Kjer pa sestre hodijo tudi v šole, pa glede na navedbe koordinatoric v povprečju ena sestra nameni do 2 šolski uri na razred na leto. Izvajalke vidijo otroka torej enkrat letno, včasih tudi dvakrat letno. Ena od koordinatoric meni, da bi bilo dobro, da bi število ur znašalo okoli 5 ur letno na razred in da bi otroke izvajalke srečale do 3x letno, kamor je vključeno individualno svetovanje in stiki s starši. Druga spet meni, da naj ima sestra stik z otroci vsaj enkrat letno oziroma število ur enega šolskega dne enkrat letno ali v več kosih.

Odnos vodstev ZD do vzgoje za zdravje

Odnos se razlikuje od ZD do ZD, je pa zelo pomemben za izvajanje in pomen vzgoje za zdravje v posameznem ZD. Kjer je vloga koordinatorja močna in koordinator izvaja sestanke z vodstvi, je praviloma odnos vodstev ZD do vzgoje za zdravje pozitivnejši. Odnos vodstva do vzgoje za zdravje in izbor izvajalke pomembno določa obseg, pa tudi kvaliteto izvajanja, organiziranost in število zaposlenih, ki delajo na tem področju.

Ena od koordinatoric navaja, da direktorji ZD nimajo kakšnega posebnega odnosa do vzgoje za zdravje ali tudi celo do sistematike in menijo, da je vse skupaj preveč socialistično. Izvajalke tako stežka izpogajajo pomen svojemu delovnemu področju.

Izobraževanje izvajalk vzgoje za zdravje

Trenutno se izvajalke vzgoje za zdravje izobražujejo na različne načine, tudi na sestankih, ki jih organizirajo koordinatorice, saj se le-te redno trudijo vključevati čimbolj aktualne in zanimive vsebine v programe sestankov. Izobraževanja se ponekod organizirajo tudi za več regij istočasno.

Koordinatorice se strinjajo, da so potrebna redna izobraževanja izvajalk, predvsem tista s pedagoško tematiko. Ena od koordinatoric je predlagala, da bi imele vse izvajalke andragoško-pedagoški izpit oziroma končale njim prilagojeno dodatno izobraževanje, ki bi povečalo kvaliteto njihovega dela in jim olajšalo delo.

Koordinatorice tudi navajajo, da želje po supervizijah izvajalke vzgoje za zdravje niso izpostavile.

Poročanje

Vse koordinatorice podpirajo spremembe poročanja, predvsem poenostavitev. Nekatere menijo, da trenutno poročanje in spremljanje vzgoje za zdravje ni najbolj pregledno in primerno za spremljanje izvajanja in primerjave med zdravstvenimi regijami, obenem pa trenutno poročanje ne daje ustreznih podatkov. Po mnenju nekaterih so obrazci pogosto zelo slabo izpolnjeni in zato tudi podatki niso kakovostni. Ena od koordinatoric poudarja, da je pri poročanju preveč poudarka na kvantiteti izvajanja, premalo pa na kvaliteti izvajanja.

Podpirajo uvedbo enostavnih kazalnikov, ki bi nam prikazali pokritost ciljnih skupin z vsebinami vzgoje za zdravje, spremljati je potrebno enotne vsebine, a tudi omogočiti navedbo dodatnih vsebin, ki so bile izvedene. Kazalniki naj bodo zasnovani na osnovi individualnega spremljanja za predšolske otroke in skupinskega (razrednega) spremljanja šolarjev in dijakov. Na delež pokritosti ciljnih skupin z osnovnimi programi bi morali vezati tudi plačilo. Za zagotavljanje, da bodo izvajalci poročali o dejansko izvedenih aktivnostih, je potrebno najti ustrezen način spremljanja, npr. podpis predstavnika šole oziroma učitelja razreda in/ali žig šole, v katerem je bil izveden program (tudi kateri program) in tako ima izvajalka dokaz, da je delala, predlagajo pa tudi možnost nadzora, ki ga izvaja koordinator.

Kot navaja ena od koordinatoric se pogosto dogaja, da izvajalke vneto vabijo na aktivnosti, a so vedno taki, ki se ne odzovejo, zato je potrebno upoštevati tudi obseg vabljenja. Poleg pokritosti ciljnih skupin, ki jo moramo spremljati, predlagajo tudi spremljanje števila ur izvedbe, namenjenih tem vsebinam, čeprav pri enotnih programih to morda ne bi bilo potrebno.

Financiranje

Obseg sredstev, ki jih za vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike dobi posamezen ZD je javno objavljen podatek (ZZZS), kako pa se razporejajo sredstva znotraj ZD, pa je manj transparentno. Koordinatorice večinoma omenjajo, da se verjetno del teh sredstev namenja za druge dejavnosti.

Zelo aktivni koordinatorji lahko precej prispevajo k temu, da se vzgoji za zdravje nameni več sredstev in da je financiranje transparentnejše ter da se sredstva nameni tudi za delovna sredstva (projektorji ipd.), vendar pa koordinatorji nimajo vpogleda v razporejanje sredstev namenjenih vzgoji za zdravje znotraj zavodov, ZZZS, kot financer, pa se tudi ne vpleta v to. Tudi vloga koordinatorjev naj ne bi bila usmerjena v deljenje sredstev znotraj posameznega ZD, tako vsaj meni ena od koordinatoric. Predlaga pa, da znotraj večjih sistemov, kjer je več zavodov združenih pod eno ustanovo, delijo sredstva po vnaprej določenih ključih (število otrok npr.). Po mnenju koordinatoric naj bi večji vpogled v način financiranja njihovega dela morale imeti tudi izvajalke.

Problem so tudi koncesionarji, ki želijo biti za te storitve plačani, a sistem ni ustrezno urejen. Za obseg storitev niso plačani.

Pomembne dobre in slabe plati obstoječega sistema in izvajanja vzgoje za zdravje

Koordinatorice navajajo precej raznolike dobre plati obstoječega sistema (močnejše so označeni odgovori, kjer so isti odgovor podale vsaj tri koordinatorice):

- **dobro izdelane ure in gradiva, dobre osnove za delo**
- že sam obstoj sistema je prednost v primerjavi z marsikatero evropsko državo, ni sicer idealen, a je uveden
- gremo v smeri poenotenja vsebin (ciljna skupina dobi vsaj minimalne standarde)
- začnjenja se vrednotenje izvajanja
- možnosti strokovne rasti, čeprav bi potrebovali še več brezplačnih strokovnih srečanj oziroma izobraževanj
- naša majhnost omogoča kar dobro preglednost in spremembe ter spremljanje, vendar pa se je potrebno zavedati razlik med regijami in tega, da ne moremo prenašati vsega iz ene regije na drugo – tako se npr. ljubljanska regija zelo močno razlikuje od nekaterih manjših.
- entuziazem posameznih izvajalk
- vzgoja za zdravje se izvaja v večini ZD
- možno je koordinatorstvo v smislu motivacije šol in ZD

Koordinatorice navajajo tudi precej raznolike slabe plati obstoječega sistema (ponovno so močnejše označeni odgovori, kjer so isti odgovor podale vsaj tri koordinatorice):

- **kadrovsko pomanjkanje, kadrovska podhranjenost**
- masovna potovanja iz šole do zdravstvene ustanove morda v tem času niso najbolj primeren način in bi bilo potrebno uvesti nek drug, razmeram prilagojen sistem
- vsebinsko so sestre še premalo podkrepljene, potrebujejo kontaktno osebo, pomoč
- sestre imajo več različnih nalog, pogosto je vzgoja za zdravje le ena od nalog
- področju se pripisuje premajhen pomen, je slabo prepoznavno in sprejeto
- neprimerni prostori in opremljenost za izvajanje vzgoje za zdravje
- področje ni sistemsko urejeno
- izbor izvajalk je v nekaterih primerih slab
- predolgo čakamo, da programe, sistem, aktivnosti dopolnujemo in dograjujemo

Poglobljeni intervjuji z izvajalkami vzgoje za zdravje

Organiziranost in izvajanje vzgoje za zdravje

Primer 1:

Anketirana zdravnica dela z vsemi starostnimi skupinami, od dojenčkov do vključno študentov. Pri izvajanju vzgoje za zdravje je po njenem mnenju pomembna vloga sester, tudi patronažne v prvem letu starosti otroka. Sestra je lahko zaposlena izključno v namene izvajanje vzgoje za zdravje, lahko pa je tudi ambulantna sestra. Zdravnik za izvajanje tako preventivnega kot kurativnega dela potrebuje dve sestri. Za vzgojo za zdravje potrebuje diplomirano medicinsko sestro, ki lahko pride tudi le ob dnevih, ko se izvaja preventiva oziroma sistematični pregledi. Pri njej delata dve sestri, kadar izvaja preventivo in sicer se ambulantni sestri pridruži diplomirana medicinska sestra. Kot primer naj navedemo, da ko ima zdravnica preglede za otroke v prvem letu starosti, pride v ambulanto patronažna sestra, ki pozna vse dojenčke. Meni, da je organizacijsko možno in da ima prednost sistem, kjer je sestra zaposlena v referatu in prihaja v ambulanto ob določenih dnevih, ko je preventiva.

Pred opravljanjem sistematičnih pregledov za šolske otroke se vedno prej pogovori z učitelji, da izve za trenutno problematiko (ne poimensko, ker tega ne sme), nato pa po pregledu z učiteljem ponovno govori in v primeru kakšnih pomembnejših odstopanj predlaga določene skupne aktivnosti, ki bi otrokom pomagale (ponovno ne poimensko, ker tega ne sme). Pravi, da ta način učitelji zelo dobro sprejmejo v večini primerov in vidijo, da ne gre zgolj za izvedbo pregledov, pač pa tudi za proaktivno delovanje. Pomembno se ji zdi, da sestra po izvedenih pregledih, ko zdravnica ugotovi, da ima večina otrok skupni problem ali težavo, o tem po koncu pregledov spregovori z otroci, torej pokrije dodatno temo in takoj razrešuje morebitne dileme/probleme.

Pri sistematičnih pregledih šolskih otrok običajno zdravnica v enem dopoldnevu sistematično pregleda en razred, medtem ko lahko sestra v šoli v enem dopoldnevu izvede program za dva ali morda kdaj celo tri razrede. Če izvaja sestra vzgojo za zdravje ob sistematičnem pregledu pa predstavi vsebine le enemu razredu. Zato se ji zdi smiselno delo na šolah in morda malce manj ob sistematičnih pregledih. Pravi da sestra, ki hodi na šolo pogosteje prej začuti probleme, kot zdravnik oziroma sestra v ambulanti, kar spet predstavlja prednost.

Vzgojo za zdravje sicer zdravnica izvaja tudi ob kurativi, torej usmerjeno svetovanje, ki je prilagojeno potrebam posameznika. Ta način dela je lahko izključno individualen. Lahko ga izvajata sestra in/ali zdravnik.

Ne zdi se ji primerno, da bi se vzgoja za zdravje izvajala le ob sistematičnih pregledih ali le v šoli, primerno je, da se izvaja pri obeh vrstah dela. Meni, da je potrebno, da se vzgoja za zdravje izvaja tudi v šolah, ker je to bolj domače okolje otrok in mladostnikov, ki se tam tudi drugače obnašajo.

Po njenem mnenju trenutno ni najbolje urejen prenos informacij med osebnim zdravnikom in zdravnikom, ki pri istem otroku opravi sistematični pregled (informacije zdaj prejmejo starši) in obratno, saj je trenutno prepogosto odvisno od odnosa oziroma vzpostavljenega sodelovanja med njima.

Ima veliko idej za organizacijo dela v bodoče. V prvem letu starosti otroka želi oblikovati skupine mamic z otroci, kjer bi potelovadile, si izmenjale izkušnje, pogovarjale o dojenju in drugih temah. Vsebine ne bi bile vezane le na telesne dejavnike, pač pa na velik spekter tem. Kasneje bi teme vzgoje za zdravje prenesla tudi v vrtce. V šolah, kjer sicer določene teme že tečejo, pa bi jih okrepila s sodelovanjem s starši. Rada bi organizirala skupine, ki bi se sicer dobivale same, zdravstveni delavci pa bi se pridružili z določenimi temami. Te skupine bi potekale vse od dojenčkov do študentov (ki so, kot pravi bodoči starši v otroški posvetovalnici). Ob vabljenju na predavanja je izkusila premajhno udeležbo, da bi se lotila tovrstnega pristopa. Vzpostavila bi rada tudi postavljanje in odgovarjanje na vprašanja po elektronski pošti.

Kot dobro plat trenutnega sistema navaja, da je izvajanje vzgoje za zdravje prisotno kontinuirano in teče. Pozdravlja začetek dela na prenovi, ker se ji zdi zadnji čas, da sistem poenotimo. Čas je, da uredimo vrednotenje tega dela, da ne bo odvisno od entuziazma posameznikov, ki delajo izven delovnega časa. Kjer entuziazma ni, je lahko vzgoja za zdravje zapostavljena. Vzgoja za zdravje je po njenem mnenju na splošno zapostavljena, nima prave vrednosti in se izvaja zelo neenotno. Zdi se ji, da je dosti manj narejenega za predšolske kot šolske otroke, pa si ravno pri predšolskih otrocih starši tako zelo želijo več informacij. Gradiv ni oziroma jih je premalo, sestre tako same delajo gradiva. Vzgoja za zdravje mora staršem dati neke informacije, ki bi jih sicer morali ali skušali pridobiti pri zdravniku in njegovi sestri in tako pravzaprav razbremenjuje zdravnika.

Pomembno se ji zdi, da vzpostavimo ustrezno sodelovanje med sestrami, izvajalkami vzgoje za zdravje in zdravniki. Podpira idejo o letnih srečanjih, ki bi sodelovanje še dodatno krepila.

Primer 2:

V velikem ZD ene največjih zdravstvenih regij vzgojo za zdravje izvaja tako v šolskem kot predšolskem obdobju skoraj izključno medicinska sestra. Vsebine imajo izdelane po starostnem obdobju, vključujejo pa tudi programe Vzgoje za zdravje IVZ RS. Imajo pripravljen zbornik predavanj kot ponudbo predavanj za zainteresirane.

V predšolskem obdobju vpletajo vzgojo za zdravje tako v preventivno delo kot tudi v kurativno področje dela, izvaja pa se predvsem v okviru sistematičnih pregledov predšolskih otrok. Občasno izvajajo aktivnosti vzgoje za zdravje tudi v vrtcih in sicer v obliki skupinskega dela s starši ob prisotnosti vzgojiteljic. Do leta 2000 so izvajali redne preglede v vrtcih in takrat pogosto izvajali tudi vzgojo za zdravje, kar še danes ocenjujejo kot uspešno. Po ukinitvi teh pregledov sicer še vedno radi sodelujejo z vrtci, vendar samo v primeru, da vrtec želi, da pridejo, sicer ne hodijo tja.

Pri šolskih otrocih se vzgoja za zdravje izvaja ob sistematičnih pregledih, ko imajo za eno skupino šolskih otrok približno pol ure časa. V šole ne hodijo, so si pa to zastavili kot cilj za v prihodnje. Radi bi pogosteje, redno hodili v šole, vendar bi to moralo biti organizirano tako, da bi se nekdo samo s tem ukvarjal oziroma da se temu namenja jasno delež dela, seveda ob okrepljenem timu. Občasno na povabilo šol izvajajo predavanja, pripravljajo in izvajajo delavnice v okviru naravoslovnih dni, sodelujejo z drugimi organizacijami, vendar pa se ob tem običajno srečajo s problemom plačila in časa in seveda tega, kdo bo to izvedel. Menijo, da vsak ne more vedeti vsega, zato se posamezniki do neke mere usmerjajo v določene teme in jih potem tudi pokrivajo. Veliko je tudi prostovoljnega dela.

Z območnim zavodom imajo slabe izkušnje, zato se že nekaj časa obračajo direktno na IVZ RS. Območni zavod namreč po njihovem mnenju deli gradiva na neustrezen način, jim daje neprimerne količine gradiv ter ne deluje ustrezno niti pri načrtovanju aktivnosti niti pri usklajevanju poročanja. Gradiva sicer dobijo, a nekatera v premajhnih, druga v prevelikih količinah. Menijo, da se gradiva s strani območnega zavoda ne razporejajo ustrezno, pogosto so razposlana na neustrezna mesta. Zelo visoko ocenijo novejša gradiva IVZ RS, a poudarijo, da so količine bistveno premajhne.

Menijo, da nameščanje gradiv na splet ni ustrezno in učinkovito, saj starši po njihovih izkušnjah ne gredo pogosto na splet. Obenem na spletu starši pridobivajo informacije iz različnih, tudi nekredibilnih virov, zato so pogosto v teh primerih še bolj zmedeni. Z iskanjem informacij preko spleta pri starših na splošno nimajo dobrih izkušenj. Menijo, da ima gradivo, ki ga starši prejmejo od zdravnika ali sestre, neko vrednost, še posebej, če je vir IVZ RS ali

CINDI. Nasploh opažajo, da več ko imajo starši informacij, slabše je, bolj so zmedeni in nesigurni. Za informacije, ki jih pridobijo v okviru vzgoje za zdravje so starši dojemljivi in s pridobljenimi informacijami zadovoljni. V okviru preventivnega dela bi po njihovem mnenju morali imeti posebne delavnice in skupinske oblike dela, kar pa redno ne morejo zagotavljati. Za otroke s posebnimi potrebami oziroma težavami, bi bilo po njihovem mnenju potrebno pripraviti nadaljnje obravnave, kot neke vrste CINDI program za otroke.

Večji problem, ki ga pri izvajanju vzgoje za zdravje izpostavijo, je problem pomanjkanja časa, saj jim ga ob drugem delu pogosto enostavno zmanjka. Obenem je problem tudi kadrovske pomanjkanje, saj naj bi pri njih enemu zdravniku pripadala ena sestra, kar še bolj povečuje problem pomanjkanja časa in dodatno otežuje razmejitev dela med kurativo in preventivo. Problem je tudi plačilo, saj pravijo, da je preventivno delo dosti slabše ovrednoteno kot kurativno.

Menijo, da se v preventivi ni že leta nič spremenilo, kljub spremembam v stroki in si sprememb želijo, trenutno pa se po najboljših močeh prilagajajo obstoječemu sistemu. Med dobrimi platmi obstoječega sistema navajajo ohranjanje zdravstveno vzgojnih programov do danes ter dostopne dobre materiale, med slabimi platmi pa precejšnje časovne, kadrovske in finančne omejitve.

Primer 3:

V enem od večjih ZD večjega območja si je skupina 4 zdravnic, 3 diplomiranih sester in 4 srednjih sester delo v predšolski ambulanti organizirala malce drugače, kljub veliki časovni stiski, s katero se vedno znova srečujejo. Ob preventivnem obisku v 2. mesecu naročajo starše po 4 skupaj za eno uro in jim v tem času organizirajo neke vrste predavanje oziroma pogovor, ki so ga starši zelo veseli in res poslušajo. Ob drugih preventivnih pregledih je sestra tista, ki pove večino informacij v okviru vzgoje za zdravje, zdravnica pa ob pregledu kartona samo še dopolni že povedano. V kratkem času (od cca 7 do 15 minut, odvisno od tega, za kateri preventivni pregled gre) ne morejo podati veliko uporabnih vsebin. Če bi delali kako drugače, podajali obsežnejše informacije, jim to časovno ne bi zneslo pri nobenem od preostalih preventivnih obiskov, razen morda pri obisku pred vstopom v vrtec. Pregled pred vstopom v vrtec ocenjujejo kot nepotreben, saj otroka vidijo v prvem letu res pogosto, zato bi ta čas raje izrabile za vzgojo za zdravje (pri tistih otrocih, ki so opravili vse predhodne preventivne preglede), vendar tega še niso začele izvajati. Da bi se jim skupinsko delo izplačalo, oziroma, da bi si lahko privoščile uro dela s starši, bi morale zbrati 16 staršev. Izvedle bi predavanje in pogovor za skupino staršev.

Pogosto se jim zgodi, da hočejo starši še dodatno govoriti z zdravnikom, kar jim vzame veliko časa in morda na račun tistih, ki te informacije še bolj potrebujejo. Opažajo, da več

sprašujejo starši, ki že veliko vedo in menijo, da tiste, ki so tiho napačno ocenjujemo, da že vse vedo, morda ne vedo nič. Menijo, da so starši željni informacij, da pa je podajanje informacij potrebno organizirati tako, da bo aktivnost za starše dostopna in zanimiva. Veliko vzgoje za zdravje opravijo tudi po telefonu, ko starši pokličejo, a tovrsten način dela, pa tudi še kateri drugi način dela, ni vrednoten in plačan. Pred leti so imeli organizirana predavanja, a se jih je udeleževalo premalo staršev, ker verjetno ure niso bile ustrezne. Menijo, da bi več skupinskega dela lahko izvedle v vrtcih, predvsem omenjajo roditeljske sestanke in predlagajo, da te maloge opravlja medicinska sestra. Za otroke s posebnostmi v razvoju in določenimi zdravstvenimi težavami, bi morali pripraviti poseben program.

Menijo, da je potrebno organizirati več skupinske vzgoje za zdravje, a v trenutni organizaciji in obsegu dela to pač ni enostavno izvedljivo.

Gradiva potrebujejo. Nekaj jih izdelajo sami, predvsem pa uporabljajo gradiva, ki pridejo od zunaj. Gradiva so pomembna, saj se tekom pregleda starši dosti ukvarjajo z majhnim otrokom in ne morejo tako poslušati, doma pa si preberejo gradiva, ki jih dobijo v ambulanti. Pridobivanje informacij s forumov na spletu ne ocenjujejo kot dobro pot do informacij.

Za delo v okviru vzgoje za zdravje so pripravile navodila, tako da delajo vse enotno in podajajo enotne informacije.

Sestre pri njih izvajajo tako kurativo kot preventivo. V določitvi sestree, ki bi se ukvarjala samo z vzgojo za zdravje, vidijo določene prednosti, to so možnost, da se posveti temu delu, predvsem v obliki skupinskega dela (s starši, tudi v vrtcu...). Individualno svetovanje oziroma individualna vzgoja za zdravje pa po njihovem mnenju bolj sodi v ambulanto. Menijo, da je dobro, da starši sestree vidijo v ambulanti, ne samo na predavanjih, saj to pomeni, da jo poznajo in to povečuje tudi njihovo zaupanje.

Mnenja so, da je potrebno vzgoji za zdravje nameniti več časa, če hočemo imeti bolj učinkovito vzgojo za zdravje, vendar pa v okviru trenutnega sistema organiziranosti dela to enostavno ni možno. Rešitev je skupinsko delo, a tudi tega trenutno ni možno organizirati v tolikšnem obsegu, kot je potrebno. Zavarovalnica pritiska nanje, češ da opravijo v eni uri še premalo pregledov, oni pa se srečujejo z izrazitim pomanjkanjem časa. Trenuten sistem se jim zdi zapleten. V timu so zdravnik, srednja medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra, njihov obseg dela na preventivi je nekako določen z obsegom količnikov, a na ta način preventivi ni namenjeno dosti časa. Normativi sicer obstajajo (800 do 1000 otrok na tim), a oni jih presegajo, saj imajo preko tisoč otrok na tim. Preračunavali so, da če bi hoteli imeti 20 minutne preventivne preglede, da bi lahko imeli največ 700 otrok. Tudi normativi se jim zdijo težko in zapleteno poglavje.

Menijo, da je časovni razmak med preventivnima pregledoma med 3. in 5. letom starosti časovno preveč oddaljena, kar zmanjša možnost nadzora nad zdravjem otroka.

Nekatere teme so po njihovem mnenju premalo upoštevane in to so čustven in psihični razvoj otroka, kajti osredotočamo se predvsem na telesne dejavnike. Menijo, da so spremembe v izvajanju vzgoje za zdravje potrebne.

Iz območnega zavoda si želijo predvsem strokovno pomoč. Sodelovanje je trenutno omejeno.

Primer 4:

V enem od mest ene manjših zdravstvenih regij imajo v otroških dispanzerjih trenutno vzgojo za zdravje organizirano tako, da ob točno določenih obiskih staršem predstavijo vnaprej izbrane teme. Sestra govori s starši posameznega otroka posamično, gre torej za individualno svetovanje. Ni navade, da bi sklicali več staršev skupaj. Poznajo pa primer, kjer pri obisku ob 2. mesecu naročijo 5 mamic skupaj in delajo skupinsko. Vendar se vsak dispanzer oziroma vsaka ustanova znajde po svoje. V tej isti občini delajo tudi že v vrtcih in sicer na področju preventive drog, prehrane, sicer resda še omejeno, a v okviru trenutnih zmožnosti.

Pred leti so organizirali skupinske delavnice za mamice in otroke v času porodniške, imenovali so jo šola za starše v prvem letu otrokove starosti. Ideja izvira iz dispanzerja, kjer so sestre čutile potrebo po večjem obsegu izvajanja vzgoje za zdravje, kar pa niso mogle v okviru dispanzerja uresničiti zaradi pomanjkanja časa. Sredstva so izvajalci pridobili v okviru nekega projekta, kar je zadostovalo za eno izvedbo, kasneje pa ne več in ideja ni redno zaživela. Na šolo so prišle mamice skupaj z dojenčki, imeli so predavanja, telovadbo za dojenčke, delali so praktično, npr. kuhali, obdelovali praktične teme npr. z otrokom na dopust ipd. Povabili so različne izvajalce, tudi fizioterapevtko, sestro, zdravnico iz ambulante itd. Skušali so tudi postaviti temelje tega, kaj lahko mama sama naredi doma, preden išče pomoč pri zdravstvenem osebju. Imeli so zelo dobro odzivnost in tudi medijsko je bila šola zelo dobro pokrita. Predstavili so tudi vrtec, s ciljem zmanjševanja občutka krivde mamic ob predaji otroka v vrtec. Prišlo je 20 mamic z dojenčki, tako da je bila dvorana polna. Evalvacija je pokazala veliko zadovoljstvo udeleženk, ki so izrazile tudi željo po ponovitvi. Vendar sredstev žal ni več, pa tudi sistemsko ne vedo točno, kam bi ta način dela umestili kot del svojega dela.

Ocenjujejo, da so mame z manj kot eno leto starimi otroci zelo dojemljiva populacija, ki dobesečno »vpijajo« znanje. Obdobje porodniškega dopusta je potrebno bolje izkoristiti za te teme. Menijo, da patronaža nudi bolj usmerjeno svetovanje in da je potrebno nekaj več. Vedo, da nekje v bližini izvajajo starševske skupine, združujejo se mamice, ki se medsebojno pomagajo, to gre preko CSD in zraven je njihov strokovnjak. Njih niso vabili zraven in z njimi niso sodelovali.

Primer 5:

V istem mestu izvajalka vzgoje za zdravje, ki jo izvaja po osnovnih šolah, vsako leto pošlje na šole program, ki ga v njenem primeru šole običajno tudi sprejmejo. Izvajalka dela na 14 osnovnih šolah (vključno s podružnicami) in obiskuje vse razrede. Program vedno pošlje tudi zavodu za šolstvo, vendar od njih še nikoli ni prejela kakšnega odziva. Program vsebuje vsebine in napoved mesecev, v katerih bi vsebine izvajala. Izvajalka ima izdelane vsebine in gradiva, ki jih je večinoma pripravila sama. Program se izvaja poleg vzgoje za zdravje ob sistematičnih pregledih. V vsak razred pride vsaj enkrat letno najmanj dve uri, največ pa trikrat letno. Pred izvedbo opravi pogovor z razrednikom, da izve za vse morebitne posebnosti, ki se jim pri izvedbi prilagodi. Glede na temo dela določene dele vsebin tudi ločeno po spolu. Pogosto sodeluje z različnimi društvi in organizacijami na svojem področju (Društvo prijateljev mladine, Društvo za boj proti raku..), pa tudi kriminalisti. Vsak dan je na terenu, ima tudi odprt telefon za vsa morebitna vprašanja svoje ciljne skupine. Vsak dan v povprečju pol delovnega časa v šoli izvaja vzgojo za zdravje, ostali čas nameni pripravi, potovanjem do šole in med šolami, pripravi terena (dogovori s šolami idr.), pripravi gradiv in ostalim administrativnim delom. Izvajalka poudarja, da je že izkušena in ima pripravljene vsebine, torej bi oseba, ki bi na novo začela izvajati vzgojo za zdravje na podoben način, za to porabila precej več časa.

Izvajalka poudarja pomen vpletanja življenjskih izkušenj (npr. obiska ginekološke ambulante, bolnišnice...) in poizkusov v programe. Meni, da niso potrebne predstavitve na računalniku, če hočemo otroke učiti, da naj manj delajo na računalnik. Omeni problem vseslovenskih programov, kjer že naglas lahko privede do toliko motenj v izvedbi vsebine, da ni učinka. Meni, da ni potrebno imeti izdelane ure, da jo lahko izdelata sama, poudarja pomen pogovarjanja, obenem pa meni, da so potrebne določene priloge, ki jim olajšajo tak način dela. Pravi, da ni potrebno, da so stvari tako izdelane kot pri CINDI programu, kjer je vse zelo natančno določeno. Zelo dobro pozna dogajanje na svojem področju, tudi posamezne dogodke in temu prilagodi vsebine in svojemu programu vedno znova dodaja številne za otroke aktualne teme.

Meni, da je gradiv premalo in da s fotokopiranjem ne more rešiti te težave, prav tako ne s tem, da sama naredi neke neugledne materiale. Pravi, da je premalo tudi kvalitetnih gradiv. Gradiva pogosto pridejo prepozno (pri obeležitvah npr.).. Znajde se po svoje, npr. gradiva ji izdelajo šolarji ali dijaki.

Poudarja, da je dobro, da za te vsebine na šolo prihaja zunanja oseba, še posebej pri temah, kot je npr. spolnost.

Pri delu s šolami navaja predvsem nekatere logistične težave in sicer čas, ki ga vzame podpisovanje kot dokaz o izvedbi aktivnosti, ure, ki jih dobi od šole, potovanja med šolami. Pogosto ura odpade, kljub predhodnim dogovorom, češ, da je športni dan ipd. Rada dela

blok ure, kadar je le možno. Šole sicer probleme z urami, ki jih namenijo vzgoji za zdravje, rešujejo različno in se pri tem zelo različno znajdejo, v kar se sicer ona ne vtika. Učitelji tudi pogosto ne želijo, da se njihove ure nameni drugi temi. Poudarja, da je za izvajanje vzgoje za zdravje pomembna možnost vstopa v sistem.

Meni, da so izvajalke vzgoje za zdravje premalo obveščene, da gre veliko pomembnih informacij mimo njih. Pogosto na pobude in vprašanja, ki jih pošiljajo predvsem na zavarovalnico, pa tudi drugam, ne dobijo odziva. Različne organizacije pošiljajo gradiva mimo njih in tudi brez obvestila o gradivu, tako da je to tudi moteče za njihovo delo. Usklajevanje dela z zdravniki poteka v omejenem obsegu.

Meni, da je pri tem delu potrebna specializacija do neke mere, saj jo imajo tudi učitelji. Že tako so potrebni veliki preskoki v metodah dela in težavnosti vsebine, ko prehaja od razreda do razreda. Včasih je slabo, ker ne pozna otrok in njihove situacije in zaide v težavne situacije.

Med dobrimi platmi svojega dela navaja, da se otroci radi pogovarjajo, med slabe pa težave s koordinacijo svojega dela, pripravo in umeščanjem terena, premalo dela s starši, izgorevanje, to, da ni povratnih informacij oziroma jih je le malo in se lahko zanese le na svoj občutek ter mnenje nekaterih, da vzgoja za zdravje ni delo.

Pove, da je na njihovem območju sicer vzgoja za zdravje po posameznih predelih prisotna v zelo različnem obsegu.

Primer 6:

Anketirana medicinska sestra dela v dispanzerju za šolske otroke in pokriva manjše geografsko področje. Ker njihov ZD pokriva manjšo populacijo, si lahko po njenih besedah privoščijo več časa za vzgojo za zdravje kot drugje. Pravi, da trenutno res nimajo kadrovskih problemov in se da kurativo usklajevati s preventivo, ve pa, da imajo drugje zaradi premajhne kadrovske zasedbe velike težave z usklajevanjem obojega in izvajanjem vzgoje za zdravje. Pokriva 3 OŠ in eno SŠ, skupno 630 otrok, vsi pa so deležni vzgoje za zdravje. Ona izvaja vzgojo za zdravje v razredih, ki so obvezni za sistematiko, v preostalih razredih pa druge izvajalke izvajajo zobozdravstveno vzgojo in aktivnosti za preprečevanje odvisnosti. Poleg tega se na pobudo šol vključuje še dodatno.

Na začetku šolskega leta naredijo načrt vzgoje za zdravje kot ponudbo za šolo (skladno s programom IVZ RS), vključijo pa tudi dodatne teme. S šolami zelo dobro sodeluje in je vedno dobro sprejeta. Na eni od OŠ sistematične preglede opravijo v šoli zaradi oddaljenosti – ob teh pregledih za 1. in 3. razred opravi tudi vzgojo za zdravje (razred razdelijo na pol, pol razreda ima pregled, pol vzgojo za zdravje), ostale pa kasneje v šolah v okviru razrednih ur. Ena od OŠ želi, da otroke na sistematični pregled vozijo starši, zato imajo problem nabrati naenkrat skupino otrok za vzgojo za zdravje, zato v tem primeru vzgojo za zdravje prav tako

opravijo na šoli. Pravi, da je veliko na šoli, saj je tako v stiku s problemi. Šole ji običajno ponudijo ure predmetov biologije, naravoslovja in tehnike, razredne ure ter nadomeščanja, medtem ko njene kolegice pogosto omenjajo, da dobivajo predvsem zadnje ure v petek in druge precej neugodne ure za izvajanje vzgoje za zdravje.

Otroke ne vidi vsako leto, res pa, da malo pogosteje kot izključno v razredih, ki so obvezni za sistematiko. Pogosto jo povabijo na roditeljske sestanke, nanjo pa se obračajo tudi starši, kadar imajo težave z mladostnikom, pa tudi mladostniki. Pogosto tako izvaja individualno vzgojo za zdravje. Starši jo poznajo preko njenega dela v šoli in preko srečevanj v ambulantni (pregled pred vstopom v šolo). Sama ocenjuje, da delo dobro teče, je zadovoljna.

Ob izvajanju vzgoje za zdravje v razredu izvajalka ne želi, da bi bil zraven razrednik ali učitelj, želi biti sama z učenci, ker se tako bolj razgovorijo. Še posebej pomembno je to v višjih razredih pri spolni vzgoji. Tu ji je v pomoč, da jo jemljejo kot osebo, ki prihaja iz ZD in je zavezana molčečnosti, kar ji olajša izvajanje bolj težavnih tem.

Meni, da je potrebno kombinirati prisotnost v šoli in ZD. Če si samo v ZD, ne začutiš utripa in problemov šole (npr. avtomatov za sladkarije, sladke pijače...), če pa si samo v šoli, pa postaneš del učiteljskega zbora in te ne jemljejo več kot zunanjega sodelavca, kar je neka prednost.

Med dobrimi platmi sistema navaja to, da sta v dispanzerju dve sestri, kar ji omogoča način dela, ki ga ima trenutno, med slabostmi pa pomanjkanje časa, veliko število šol, ki jih nekatere pokrivajo in premalo izobraževanja, predvsem na področju pedagogike.

Primer 7:

Anketirana medicinska sestra dela v ZVC v ZD, ki pokriva široko geografsko področje in večje število šol. Tako, kot so organizirane sestre v njihovem ZD, je organiziranih le malo drugih izvajalk vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Izvajajo vzgojo za zdravje v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah, pa tudi delavnice za odrasle. Vzgojo za zdravje v okviru sistematičnih pregledov predšolskih otrok pa izvaja izključno tim pediatra in one tam ne sodelujejo. Vzgojo za zdravje pri šolskih otrocih izvajajo v glavnem sestre. Izvajajo predvsem skupinsko vzgojo za zdravje, dosti manj individualne. Vsebine vzgoje za zdravje so prilagodile glede na sistematiko, imajo izdelan nek svoj program, ki ga izvajajo že več let. Delno so prevzele tudi program vzgoje za zdravje IVZ RS. Izhodišča za vsebine so pogosto v zobozdravstvenih tematikah. Organizirajo se tako, da imajo eno srečanje za zobke in eno na splošno za zdravje. Sestre iz centra sicer načeloma pokrivajo iste vsebine, imajo pa različne pristope. Izvajalke lahko v veliki meri o svojem delu odločajo same, le da dosežejo ustrezno število točk.

Do konca junija pošljejo programe v šole, ki jih šole vključijo v letni načrt dela. S šolami različno sodelujejo, nekatere so zelo odzivne, v nekatere le stežka prodrejo. Šole so tako

neenotno pokrite s vsebinami vzgoje za zdravje. Meni, da morajo biti pazljive, ker so le gostje v šolah. Skušajo si priboriti ustrezno število ur, a pogosto tudi ne pridejo zraven.

Izvajalka pove, da si otroci bolj zapomnijo njo in vsebine, kadar gre ona na šolo, kot kadar pridejo v ZD, saj je v ZD posebna atmosfera in pogosto prisoten strah pred tem, kaj se bo dogajalo. Ob njenem delu v šoli pa želi, da je učitelj zraven, da vidi, kaj se dogaja, da lahko vsebine kasneje nadgrajuje. Včasih jih sami učitelji povabijo k svojim uram, ko obravnavajo določeno temo. Meni pa tudi, da učitelji pogosto niso fleksibilni ter da vzgoja za zdravje ne sme biti le način pokrivanja nadomeščanj, kar se pogosto dogaja.

V šolah pogosto trči ob zunanje izvajalce vsebin vzgoje za zdravje, ki izvajajo različne programe v istih šolah, kjer dela tudi sama. Vsi ti programi niso primerni in se je že zgodilo, da so se morali krepko ukvarjati s posledicami neustreznega podajanja informacij s strani zunanjih izvajalcev (primer spolne vzgoje) in to ne le izvajalke vzgoje za zdravje, pač pa tudi zdravniki.

Meni, da je sama sistematika smatrana za pomembno, vzgoja za zdravje, pa je vseeno, če je ni ali pa je. To navaja tudi iz lastnih izkušenj iz predhodnega dela v šolskem dispanzerju. Izvajalke vzgoje za zdravje, ki sicer delajo v ambulantah, imajo malo možnosti za izvajanje vzgoje za zdravje.

Ve, da se vzgoja za zdravje izvaja zelo raznoliko po zdravstveni regiji, iz katere izhaja, prav tako je organizacija izvajalk in dela zelo raznolika. Vsaka hiša dela malo drugače, kar je odvisno od kadra, naravnosti vodstva, timov, terena, števila šol, vrtcev na območju.

Dela na veliki regiji in v nasprotju z manjšimi, kjer se lahko naredi zelo veliko, jih pri velikem številu otrok, ki jih imajo na regiji, omejujejo kadrovske omejitve.

Pomembna se ji zdi kontinuiteta skrbi, torej da jih otrok pozna, ko ga spremljajo daljše obdobje.

Meni, da bi bilo potrebno predpisati število razredov ali šol, ki bi jih morala pokrivati ena sestra.

Med slabostmi sistema navaja probleme beleženja dela, vezane na število udeležencev ter to, da ni upoštevanega časa za priprave in pot.

Primer 8:

V enem večjih zdravstvenih domov sta nam delo na vzgoji za zdravje v petih šolskih dispanzerjih predstavili zdravnica in sestra iz enega od dispanzerjev. Pokrivajo 11 OŠ in 15 SŠ (vseh 5 ambulant), med 700 do 2000 otrok na ambulanto. Dodatno imajo še zunanje paciente. Na leto naredijo v ambulanti cca 1800 preventivnih pregledov.

Vzgojo za zdravje izvajajo izključno v okviru sistematičnih pregledov. Skupinski del izvajajo glavne sestre, individualni del pa posamezni zdravniki. Vzgojo za zdravje prilagodijo dogajanju na šoli, sestre namreč pred izvedbo sistematičnih pregledov poizvedo o dogajanju

na šoli in potem vsebine po potrebi dodajajo skupinski ali individualni vzgoji za zdravje. Individualno vzgojo za zdravje za srednješolce izvajajo tudi na osnovi navedb na vprašalnikih, ki jih srednješolci v 1. in 3. letniku izpolnijo pred pregledom.

Pred sistematičnim pregledom izvedejo 45 minutno predavanje, imajo tudi nekaj demonstracij, imajo gradiva in računalnik. Večinoma gre za frontalni način dela (predavanje), kar se izvaja v čakalnicah. 45 minut se jim zdi ustrezen čas, glede na sodelovanje ciljne skupine pa predavanje tudi skrajšajo ali podaljšajo. Otroci in mladostniki rešujejo tudi ankete. Vsebine so oblikovale same. Večino gradiv so prav tako izdelale same.

Učitelji ne spremljajo učencev na sistematične preglede (v OŠ sicer še večinoma, a namesto njih pridejo pogosto varnostniki, v SŠ pa praviloma učiteljev ni). Učitelji tudi rečejo, ko se želijo zdravniki ali sestre z njimi kaj pogovoriti, da nič ne smejo vedeti, da jih ne zanima, da jim ni potrebno nič pripovedovati. Niti ni želijo komunicirati, čeprav ne bi dobili nobenih individualnih informacij.

Ker imajo 5 ambulant, del teh dela vsak dan samo kurativo in del samo preventivo. Kurativo in preventivo strogo ločujejo, kar jim olajšuje delo in izvajanje vzgoje za zdravje. Večjih problemov glede organizacije dela, ki jo imajo trenutno, ne navajajo. Se pa problemi pojavijo, ko hočejo uvesti nove aktivnosti, npr. kakšne delavnice, tu gre predvsem za problem vrednotenja tega dela (za plačilo).

Glede izvajanja vzgoje za zdravje menijo, da bi bilo dosti bolje, v kolikor bi bila v ZD zaposlena sestra, ki bi izvajala samo vzgojo za zdravje, po njihovem mnenju bi zadoščala ena. Sestra, ki je bila zaposlena pri njih v preteklosti, je delala samo na šolah in ambulante od nje niso imele nič. Delala pa je le na tistih šolah, ki so pokazale interes. Zdaj take sestre nimajo več, oni sami pa ne zmorejo takega obsega dela. Imajo sicer z nekaterimi šolami na območju podpisane dogovore o sodelovanju vsako leto, tako OŠ kot SŠ, so pa to izključno šole, ki so vključene v projekt zdravih šol.

Želijo si kontaktno osebo za strokovna vprašanja in diskusije ter pridobivanje potrebnih strokovnih virov. Z območnim zavodom za zdravstveno varstvo imajo zelo redke povezave, od njih ne dobivajo ničesar. Včasih so dobivali vabila na regionalne sestanke, zdaj teh sestankov po njihovem vedenju ni, do njih ne pridejo. Želijo si tudi podpore v obliki zunanjih izvajalcev kakšnih delavnic, priprave gradiv, vsebin. Trenutno imajo redne kontakte z eno gospo glede gradiv, niso pa vedeli, da bi lahko imeli kakšno strokovno podporo. V primeru, da se nanje obrne šola s kakšnim specifičnim primerom in željo po informacijah, strokovne informacije iščejo sami in kot pravijo, imajo pri tem veliko težav. Težava je tudi v tem, da se mora nekdo pripraviti na to temo in jo predstaviti ciljni skupini, potem pa opravljeno delo vrednotiti, torej kam paše to delo in od kod se plača, tu se pa začnejo problemi.

Menijo, da je vzgoje za zdravje premalo in, da bi jo morali vpeljati v šole. Navajajo, da pri biologiji konec šolskega leta pogosto zmanjka časa za spolno vzgojo. Enkrat letno je zanesljivo premalo za te vsebine.

Primer 9:

Na začetku ko je anketirana izvajalka začela delati v srednjimi šolami, ni bilo velikega odziva, zato je najprej šla predavat le tisto, kar so šole same želele. Nato pa je še z eno kolegico začela delati na odvisnostih v prvem letniku in zdaj izvajajo program preprečevanja odvisnosti v prvih letnikih SŠ v eni od slovenskih občin. V 2. letniku imajo spolnost in kontracepcijo. V 3. pa gredo čez vsebine zdravega življenjskega sloga. Pogovarjajo se o prehrani in telesni dejavnosti. V 3. razredu izvajajo vsebine v ZD, v 1. in 2. pa v šolah. S 4. letniki ne delajo, ker imajo priprave na maturo in se s šolami niso mogle dogovoriti, da bi jim namenili kaj časa. Dodatno organizirajo tudi delavnice za mladostnike in sicer za opuščanje kajenja, samopregledovanje dojk in mod. Te delavnice uvajajo zelo počasi in vztrajno, kajti na hitro niso sprejete. Izvajalke so občasno tudi prisotne na šoli, tako da jih lahko posamezen dijak poišče, če potrebuje pomoč oziroma individualno svetovanje, prisotne so tudi v dijaškem domu. V dijaškem domu izvedejo tudi kakšno delavnico. Izvajalka tako pozna vse srednješolce v občini, ker se sreča prav z vsakim od njih. V tej občini je približno 600 do 700 dijakov.

Z ambulantami do neke mere usklajujejo delo, saj v ambulantah izvajajo vzgojo za zdravje ob sistematičnih pregledih, a če se kakšna vsebina ponavlja, v tem ne vidijo problema, kvečjemu prednost. Kadar ugotovijo kakšen poseben problem, gredo do zdravnika, ki sicer vodi tega otroka. Drugače ne sodelujejo. Vzgojo za zdravje ob sistematiki izvaja sestra iz tima in v to se oni ne vtikajo. Pravijo, da tovrsten sistem po njihovih izkušnjah zelo dobro funkcionira, seveda pa je veliko odvisno od ljudi. Je pa problem povezava s koncesionarji. V kolikor bodo sestre za izvajanje vzgoje za zdravje v ZVC, le kako bo potem urejen odnos s koncesionarji. Potrebno je točno določiti obseg dela posameznika.

Med dobrimi platmi sistema omenjajo da je kreativnost prepuščena izvajalcu. Med slabostmi omenjajo to, da sistem dopušča, da se ponekod vzgoja za zdravje sploh ne izvaja, zato so potrebni določeni okviri za delo. Poudarjajo pomen timskega dela in da se edino tako lahko izvaja vzgojo za zdravje. Menijo, da je potrebno sistem vzgoje za zdravje na vseh nivojih (predšolski, šolski otroci) urediti sistemsko. Potrebno je preprečiti, da se na ta delovna mesta odlaga kader, ki ga nočejo dati na druga delovna mesta. Potrebna je možnost vstopa v sistem.

Programi in vsebine

Pristop enotnih vsebin vzgoje za zdravje (kot nek minimalni standard za vse otroke in mladostnike) s fleksibilnimi programi in z možnostjo dodajanja vsebin glede na potrebe, večina izvajalk ocenjuje kot primeren pristop za izvajanje vzgoje za zdravje. Enotne vsebine naj bodo izhodišča, ki jih izvajalka do neke mere prilagodi po svoje ter doda trenutno lokalne aktualne teme. Izvajalke menijo, da bi jim tak pristop olajšal delo.

Posamezne izvajalke dodajajo, da je pomemben tudi poenoten sistem, delo in navodila vseh zavodov in ministrstev, ki se ukvarjajo s tem področjem. Meni tudi, da bi vsebine morali dodati v letni načrt šol in zavodov, ker se vsebine potem morajo izvesti. Tem, ki so določene, se ne sme spuščati (tudi v procesu pouka), tu predvsem omenja spolnost, puberteto, to so teme, ki so najpogostejše izpuščene. Druga izvajalka dodaja, da bilo nekatere vsebine potrebno dodatno uskladiti z učnim načrtom, ker ob morebitnem ponavljanju vsebin, izvajalke ne dosežejo zelenega učinka. Ista izvajalka tudi meni, da je dobro, da imajo enotna navodila, kaj naj otroci izvedo, saj jih to včasih tudi zaščiti pred starši, ki menijo, da otrokom govorijo neprimerne vsebine oziroma prepriča šole, da je vsebina pomembna.

Vrednotenje in spremljanje dela

Izvajalke vrednotenje dela navajajo le izjemoma. Ena od izvajalk navaja, da vrednoti svoje delo z hitro metodo v smislu, koliko si se naučil, koliko ti je bilo všeč. Od staršev le redko dobi informacije.

Pogostost kontaktov z otroci

Pri predšolskih otrocih je pogostost izvajanja vzgoje za zdravje praviloma vezana na sistematične preglede, na nekaterih področjih je stik pogostejši zaradi izvajanja vzgoje za zdravje v vrtcih, vendar so ti primeri redkejši. V nekaterih primerih se izvajajo aktivnosti vzgoje za zdravje v posameznih vrtcih tudi dvakrat letno.

Pri šolskih otrocih je pogostost izvajanja vzgoje za zdravje bolj raznolika kot pri osnovnošolskih in je predvsem odvisna od možnosti izvajalke ter se pri anketiranih izvajalkah giblje od enkrat na dve leti (vezano na sistematične preglede) do enkrat do dvakrat letno, pogostejše pa izjemoma. En kontakt po navedbah izvajalk traja različno dolgo, od ene do nekaj šolskih ur.

Izvajalke navajajo, da bi bilo po njihovi oceni primerno, da izvajajo vzgojo za zdravje pri otrocih vsaj enkrat letno od 2 do 4 šolske ure, še bolje pa bi bilo dvakrat letno.

Ena od izvajalk poudarja, da je želja otrok še večja. Otroci po njenih besedah želijo, da se temu nameni ure vsaj enkrat mesečno do eno uro na teden. Imajo potrebo po tem, da se z nekom pogovorijo. Učitelji ji pravijo, da ob vsem, kar morajo delati, nimajo časa za preventivne dejavnosti in so veseli, da prihaja.

Zato meni, da je potrebno, da otroke vidi enkrat letno, sploh v času burnega razvoja. Navaja primer prenosa sistematičnega pregleda iz 5. v 6. razred, ki po njeni oceni ni najbolj posrečen, saj je to čas začetka najbolj intenzivne pubertete, predvsem pri dekletih in tako zamudimo čas prve menstruacije. Na njenem področju pogosto dekleta dobijo prvo informacijo o menstruaciji prav od nje in je časovni vidik podajanja te teme zelo pomemben.

Odnos vodstev ZD do vzgoje za zdravje

Anketirane izvajalke, ki smo jih vključili kot primere dobre prakse, večinoma navajajo, da so vodstva njihovih ZD izvajanju vzgoje za zdravje naklonjena in s tem nimajo večjih težav. Izvajalke pogosto navedejo, da ko delo enkrat poteka, nihče več posebej ne dreza vanj.

Ena od izvajalk, zdravnica, izrecno navaja, da je izvajanje vzgoje za zdravje marsikje odvisno od naklonjenosti vodstva temu delu, nihče se posebej ne ukvarja s tem, ali se to delo dejansko opravlja. Delaš lahko, kolikor želiš, imaš proste roke, lahko si dober ali slab. Ni čutiti kaj dosti kontrole. In to je po njenem pomemben del problema vzgoje za zdravje.

Ena od izvajalk, ki je sestra, poudarja, da je pomembno, da je zdravnik naklonjen vzgoji za zdravje, ker je on nosilec te dejavnosti in sama pravi, da ima srečo, ker je njihova zdravnica naklonjena tem aktivnostim.

Izobraževanje izvajalcev vzgoje za zdravje

Izvajalke se strinjajo, da obstaja potreba po izobraževanju, vendar navajajo, da zanje ni primernih izobraževanj. Obstaja potreba po usmerjenem izobraževanju za te sestre (psihologija otroka, pedagogika in še kaj). Izobraževanja bi morala biti brezplačna in sistemsko organizirana. Če se udeležijo drugih izobraževanj, ki v osnovi niso namenjena prav njim, imajo problem s pridobivanjem licenčnih točk in tudi z delodajalcem.

Ena od izvajalk (sestra) poudarja, da je pomembno povezovanje z izvajalkami vzgoje za zdravje od drugod, predvsem zaradi izmenjave izkušenj, programov, vsebin. Predlaga 1x letno srečanje za izvajalke, ki ni vezano na posamezno območje, pač pa za celo Slovenijo. Omenja tudi željo po supervizijskih srečanjih enkrat mesečno.

Ena od anketiranih zdravnic meni, da pediatri za okrepljeno izvajanje vzgoje za zdravje potrebujejo dodatno izobraževanje, poleg podiplomskega tečaja, ki je trenuten način izobraževanja na tem področju. Pogosto na manjših regijah, kjer primanjkuje zdravnikov, izvajajo vzgojo za zdravje družinski zdravniki ali celo priučeni zdravniki drugih specialnosti, kot je primer na njihovi regiji in glede na pričakovano pomanjkanje šolskih zdravnikov v prihodnosti, zdravnica predvideva da bo del vzgoje za zdravje najverjetneje prešel na zdravnike družinske medicine, to je predvsem usmerjeno svetovanje za šolske otroke in bo torej potrebno sistem temu prilagoditi in tudi tem zdravnikom ponuditi ustrezno dodatno izobraževanje.

Poročanje

Glede trenutnega načina poročanja so dokaj kritične. Nekatere sicer navajajo, da jim ne vzame veliko časa, druge pa, da imajo probleme, predvsem z računalniškimi programi. Večina izvajalk navaja, da nimajo povratnih informacij o izvajanju vzgoje za zdravje, niti ali so zadosti naredile in da primerjave z drugimi regijami niso možne. Večina izvajalk ima nek svoj sistem, s katerim zase beležijo obseg svojega dela.

Izvajalke iz ene od večjih zdravstvenih regij v Sloveniji o poročanju povedo, da zanje ni vir podatkov, ampak le obveza, v kateri pa ne najdejo kaj dosti smisla. Ne morejo zabeležiti vzgoje za zdravje, ki jo delajo v rednem času, le skupinsko delo lahko navajajo, v resnici pa se poleg tega dogaja ogromno stvari, ki pa ostanejo nezabeležene. Formular za poročanje je star. Potrebujejo nacionalna navodila za poročanje, ki pa naj upoštevajo, da ni individualnega spremljanja izvajanja vzgoje za zdravje ter vse možne in tudi novejša načine izvajanja vzgoje za zdravje. O poročanju se nekako ne morejo uskladiti z območnim zavodom. Njihov direktor pa želi, da hitro uredijo ta problem, ker želi podatke in se zaveda njihovega pomena. Veliko stvari pri poročanju je po njihovem mnenju nejasnih.

Ena od izvajalk omenja tudi problem podpisovanja po izvedeni aktivnosti v šolah, ko pogosto ne moreš dobiti odgovorne osebe, tajnica šole noče podpisovati tovrstnih dokumentov in tako izvajalka pogosto izgubi zelo veliko časa za pridobivanje podpisov.

Spremljanje izvajanja vzgoje za zdravje s pomočjo enostavnih kazalcev, npr. z deležem razredov, ki so prejeli določeno vsebino oziroma program, se jim pri šolskih otrocih zdi primeren pristop. Podobno bi lahko spremljali izvajanje morebitne vzgoje za zdravje v vrtcih. Pri sistematičnih pregledih predšolskih otrok pa je potrebno individualno spremljanje.

Financiranje

Način financiranja vzgoje za zdravje poznajo le v omejenem obsegu. Večina se s tem kaj bolj podrobno tudi ne ukvarja. Večina izvajalk pove, da morajo doseči določeno število točk, da je njihovo delo pokrito. Nekatere povedo, da je sistem točk kar precej zapleten. Vedo, da se vzgoja za zdravje plačuje v pavšalu, koliko je denarja in kako se razporeja v ZD, pa ne vedo. Ena od izvajalk, zdravnica, pove da gre denar pogosto v druge, manj rentabilne dele ZD. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike se plačuje v pavšalu, zato je direktorjem pomembnejše izvajanje programa CINDI, kjer je financiranje bolj transparentno in odvisno od opravljenega dela. Po mnenju ene od izvajalk je plačevanje v pavšalu za vzgojo za zdravje lahko eden od razlogov za zelo neenotno izvajanje vzgoje za zdravje po Sloveniji. Ker gre za pavšalno plačano dejavnost je marsikaj odvisno od podpore vodstva in samega kadra. Pavšalno plačilo ne zagotavlja pregleda čez opravljeno delo, menijo. Plačilo naj bo vezano na obseg izvedbe. Potrebno je zagotoviti, da bo ustrezno vrednoten tudi tisti del vzgoje za zdravje, ki bo bolj fleksibilen in prilagodljiv lokalni specifikam.

Izvajalke pravzaprav ne vedo, koliko morajo narediti, da zadostijo nekim kriterijem in ali so dosti naredile.

Kar nekaj izvajalk navaja, da v njihovo delo ni upoštevana pot do lokacije, kjer izvajajo aktivnosti (šola, vrtec ipd.), ki je lahko glede na velikost območja, ki ga pokrivajo, zelo različna po oddaljenosti, prav tako imajo težave pri beleženju časa za pripravo. Ena od izvajalk tudi izpostavi problem, da se pri vrednotenju opravljenega dela ne upošteva število skupin, ampak število udeležencev. Izvajalka meni, da je delo na skupino približno enakovredno, ne glede na to, ali jo posluša 10 ali 20 otrok. Obenem pogosto razred ob izvajanju vzgoje za zdravje razdelijo na dva dela, beležijo pa eno aktivnost, zaradi števila otrok, izvesti pa morajo aktivnost z dvema skupinama.

Ena od izvajalk navaja, da je zobozdravstvena vzgoja dosti bolj ovrednotena kot sicer vzgoja za zdravje (in sicer izključno zaradi tekmovanja), zato tega delajo veliko, uporabljajo kot rdečo nit in način vstopa v šole in vrtce ter vir plačila. Sama sicer ima toliko šol, da bi sicer dobro prišla skozi pri pridobivanju točk tudi brez zobozdravstvene vzgoje.

Diplomirane sestre imajo tudi pri koncesionarju med svojimi nalogami vzgojo za zdravje, vendar le-ta ni nikjer direktno prikazana in izgleda, da za vzgojo za zdravje ambulanta koncesionarja ne dobi nič denarja. Potrebno bi bilo delati na tem, da bi bila vzgoja za zdravje "viden" del dela sester.

5. USMERITVE IN PREDLOGI ORGANIZACIJE IZVAJANJA VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE V PRIMARNEM ZDRAVSTVU V SLOVENIJI V BODOČE

Na osnovi zbranih podatkov o vzgoji za zdravje iz strokovne literature, sistemov organizacije vzgoje za zdravje v drugih državah in pregleda stanja na tem področju v Sloveniji, smo pripravili usmeritve in predloge za organizacijo vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v bodoče.

Zavedamo se celovitosti in celote sistema preventivnega zdravstvenega varstva ter dejstva, da smo se lotili le delčka tega sistema, to je vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov od rojstva do izpolnjenega 19. leta starosti, brez tistega dela, ki se nanaša na zobozdravstveno vzgojo za zdravje (ta segment bo potrebno pregledati in opredeliti posebej). Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike ima tako kot drugi deli tega sistema svoje značilnosti in posebnosti, zato je ločen vpogled v ta del sistema potreben. V ločenem pregledu pridobljene podatke, usmeritve in predloge pa je potrebno za celovito obravnavo sistema preventivnega zdravstvenega varstva naknadno vpeti v celoto.

Zavedamo se, da so pridobljeni podatki do neke mere omejeni. Dopolnili jih bomo z rezultati obsežnejše raziskave in drugih kvalitativnih raziskav med izvajalkami vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Za dokončno opredelitev usmeritev in predlogov pa bi bilo pomembno pridobiti tudi poglede, želje in značilnosti drugih relevantnih deležnikov, to so starši, otroci, mladostniki, pediatri in šolski zdravniki, pedagoški delavci idr. Teh podatkov trenutno nimamo.

Besedilo je v celoti usmerjeno v vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike od rojstva do dopolnjenega 19. leta starosti in se ne nanaša na druge ciljne skupine ali področja. Kjer v besedilu ni posebej omenjeno, vedno govorimo o vzgoji za zdravje za otroka in mladostnika.

Organiziranost izvajanja vzgoje za zdravje

Ob prenovi sistema izvajanja vzgoje za zdravje je pomembno, da vzpostavimo čimbolj enostaven in pregleden sistem za poenotenje izvajanja vzgoje za zdravje po celi Sloveniji s ciljem doseči enotni standard znanja med otroci, mladostniki, starši in izvajalci vzgoje za zdravje.

Nosilka in osnovna izvajalka vzgoje za zdravje je diplomirana medicinska sestra (DMS). Poleg nje vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike izvajajo v okviru svojega rednega dela

tudi zdravniki in sestre v dispanzerjih, kjer delajo s predšolskimi in šolskimi otroci in mladostniki, fizioterapevti, psihologi in drugi relevantni strokovnjaki, s katerimi se DMS povezuje in sodeluje.

Menimo, da je za DMS, ki izvaja vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, do neke mere potrebna specializacija za posamezno starostno obdobje, ker med posameznimi podskupinami otrok in mladostnikov obstajajo velike razlike v značilnosti in potrebnih pristopih. Predlagamo delitev na delo pri predšolskih in šolskih otrocih, glede na možnosti tudi na osnovnošolske in srednješolske, kar je seveda povezano z velikostjo regije. V kolikor zaradi majhnosti regije ni možno, se DMS usmeri na vse skupine in se ne usmerja le v izbrane. Dopuščamo tudi možnost specializacije po vsebinah, vendar pa menimo, da je zaradi specifičnosti starostnih skupin in potrebe po prilagojenih pristopih, ki se med posameznimi ciljnim skupinami lahko pomembno razlikujejo, bolj smiselna razdelitev po starostnih skupinah.

Zaradi težav z ločevanjem kurativnega in preventivnega dela menimo, da je smiselno, da vzgojo za zdravje izvaja DMS, ki ne dela v dispanzerju, kar naj velja tako za predšolsko kot šolsko obdobje. DMS naj bo zaposlena v ločenem organizacijskem delu ustanove. Glede na to, da so trenutno sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje, zaposlene v različnih delih ustanov, to so monovalentne otroške dispanzerje, monovalentne šolske dispanzerje, bivalentne dispanzerje, referati, zdravstvenovzgojni centri, centri za promocijo zdravja idr., bomo v nadaljevanju besedila zaradi poenostavitve to organizacijsko enoto poimenovali enota za vzgojo za zdravje (EVZZ).

Predlagamo, da je DMS zaposlena na ZD, ker gre za mrežo dostopnih in številčnih centrov po Sloveniji, tako da se bodo nahajale v bližini različnih ustanov, kot so vrtci, šole idr. Ocenjujemo, da je predvsem s stališča dostopnosti, pa tudi zaradi drugih razlogov, manj primerno, da bi bile DMS, ki so izvajalke vzgoje za zdravje, locirane na območnih zavodih za zdravstveno varstvo.

Obenem tudi menimo, da mora biti sistem zelo prilagodljiv, ker obstajajo velike razlike med posameznimi področji. Zato bi za manjša področja (potrebna bi bila definicija oziroma normativ za določitev manjšega območja) lahko bila ustrezna rešitev tudi ta, da ista sestra dela tudi v dispanzerju pod pogojem, da sta v dispanzerju dve sestri in da ima DMS točno opredeljen obseg dela na vzgoji za zdravje (npr. število dni v tednu) in da ima vsa potrebna znanja za izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike.

Potrebno je pripraviti delovne normative za DMS, ki bodo izvajale vzgojo za zdravje. Normativi morajo biti pripravljene v smislu "ena DMS na določeno število otrok ali razredov". Pri določanju normativov potrebno je upoštevati vse vidike izvajanja vzgoje za zdravje, ki so navedeni v predlogu. Menimo tudi, da bo DMS iz EVZZ prevzela še nekatera druga opravila, ki trenutno še niso definirana, zato bo potrebno normative ustrezno prilagoditi.

Vzpostaviti moramo sistem ustrezne koordinacije dela med DMS, ki izvaja vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, in zdravniki v otroških in šolskih dispanzerjih. Predlagamo sistem internih rednih sestankov za usklajevanje dela DMS, ki izvaja vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike s timom v dispanzerju za predšolske oziroma šolske otroke. Ko bo vzpostavljen sistem enotnih elektronskih kartonov, bo koordinacija s tem avtomatično enostavnejša, ker bosta dostop in izmenjava podatkov lažja, seveda pa bi morala DMS iz EVZZ v tem primeru imeti dostop do posebej opredeljenih določenih delov kartoteke, ki se vežejo na njeno delo.

DMS iz EVZZ mora vzpostaviti sodelovanje z relevantnimi organizacijami (nevladne organizacije, CSD, policija idr...) na svojem območju.

Posebej se je potrebno posvetiti odnosom in izvajanju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike pri koncesionarjih. Trenutno imamo o izvajanju vzgoje za zdravje in odnosu koncesionarjev do tega dela premalo podatkov, da bi lahko predlagali spremembe.

Pomembno je, da ciljne skupine seznanimo s pomenom izvajanja vzgoje za zdravje in možnostmi, ki jim jih omogoča sistem.

Vsebine in programi

Vsebine in programi morajo biti v določeni meri nacionalno enotni in predpisani v tolikšnem obsegu in podrobnostih, da bomo dosegli enotni sistem izvajanja in enotni standard znanja na tem področju za vse ciljne skupine v Sloveniji.

Predlagamo, da izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike predpišemo v obliki programa z nazivom Program vzgoje za zdravje za otroka in mladostnika (PVZZOM), ki bo sestavljen iz osnovnega in prilagodljivega dela.

Osnovni del programa obsega vsebine za katere je pomembno, da dosežemo enotni standard znanja med otroci in mladostniki v Sloveniji. Izvajalci vzgoje za zdravje bodo ta del enotno izvajali povsod. Programi v osnovnem delu pa morajo biti prilagodljivi, tako da jih

posamezna izvajalka lahko prilagaja trenutnim potrebam in značilnostim ciljnih skupin. V okviru osnovnega dela PVZZOM se po posameznih starostnih skupinah in vrstah ciljnih skupin predpišejo obvezni osnovni programi vzgoje za zdravje, pogostost kontaktov in trajanje izvedbe. Tovrstni zbir vsebin in programov je bil na IVZ RS pripravljen leta 2007 pod imenom "Predlog akcijskega načrta vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike". Na RSK za pediatrijo je bil istega leta potrjen za vzgojo za zdravje za šolske otroke ob sistematičnih pregledih in glede vsebin za predšolske otroke ob sistematičnih in namenskih pregledih. Program vzgoje za zdravje je potrebno redno vrednotiti, prenavljati po potrebi in nadgraditi z manjkajočimi programi ter natančneje uskladiti z učnimi načrti. Osnovni del mora tudi predpisati zahteve glede doseganja standardov znanja po opravljenem programu, kar omogoča tudi kasnejše vrednotenje učinkovitosti lastnega dela.

Prilagodljivi del ne bo natančneje opredeljen ali določen, v okviru prilagodljivega dela bodo DMS namreč izvajale lokalno specifične vsebine, ki jih bodo določile skupaj z regijskim koordinatorjem in specifične vsebine, prilagojene aktualni problematiki ciljne skupine, ki jih bodo določile same. PVZZOM naj bo sestavljen tako, da bo osnovni del programa zaobsegal večino vzgoje za zdravje, prilagodljivi del pa manjšino (npr. razmerje 75%:25%).

PVZZOM mora biti predpisan in obvezen. Veljati mora do prve dopolnitve, ko se objavi nov program, podobno kot pri programu cepljenja. Zaradi lažjega in hitrejšega posodabljanja programa, naj PVZZOM ne bo del navodil ali pravilnikov.

Ustrezno zasnovani programi v PVZZOM morajo temeljiti na znanstvenih spoznanjih o stanju v populaciji otrok in mladostnikov in o njihovih potrebah in željah ter znanstvenih spoznanjih o uspešnosti programov in obstoječih dobrih praksah. Pri pripravi programov se moramo zavedati vrste tveganj za zdravje otroka in mladostnika in časovnega nastopa tveganj, saj le tako lahko pripravimo zgodnje in dobro ciljne intervencije. Tovrstni programi morajo biti enako dostopni vsem otrokom in mladostnikom in jim nuditi istovrstne informacije.

PVZZOM mora biti pripravljen medsektorsko in povezovati najpomembnejše akterje kot so zdravstveni, šolski, socialni in družinski sektor. Teme, pristopi in didaktični pripomočki za posamezne starostne skupine z določenim obsegom prilagodljivosti in izbire glede na potrebe posameznega področja morajo biti pripravljeni in usklajeni nacionalno na IVZ RS ter usklajeni z regijami, odobreni s strani ustreznih RSK-jev, enotno izvajani ter redno vrednoteni in predmet prenove po potrebi.

Za ustrezno izvajanje vzgoje za zdravje je pomembno sistemsko urediti možnost vstopa zunanjih izvajalcev programov v vzgojno-izobraževalne ustanove, kar velja tako za DMS iz EVZZ kot tudi za potencialne druge izvajalce tovrstnih programov. DMS iz EVZZ morajo imeti pri vstopu in organizaciji izvajanja vzgoje za zdravje v teh ustanovah prioriteto in prednost, kar pa seveda ne izključuje, da podobnih programov v teh istih ustanovah ne bi mogli izvajati drugi zunanji izvajalci. Predlagamo nacionalno potrjevanje ustreznosti programov drugih zunanjih izvajalcev, da bomo dosegli vstop ustreznih in učinkovitih programov v te ustanove.

Vsi programi vzgoje za zdravje morajo biti brezplačni, tudi tisti v šolah. Tovrstni programi se ne smejo tržiti. Podprti morajo biti z ustreznimi gradivi za izvajalce in ciljne skupine. Glede na mnenja izvajalk je poleg klasičnih gradiv potrebno razvijati tudi različne sodobne pristope. Spletne informacije in gradiva so primerna za določene vsebine in posamezne ciljne skupine.

Dodatno k PVZZOM, ki je univerzalni program in je namenjen vsem otrokom, je potrebno pripraviti dodatne programe nadgradnje za otroke, mladostnike in družine s posebnimi potrebami, ranljive skupine, osipnike in ogrožene (sekundarna preventiva).

Vzgoja za zdravje v predšolskem obdobju

Izvajanje vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju je potrebno okrepiti in poenotiti. Vzgoja za zdravje za predšolske otroke naj se izvaja v okviru sistematičnih in namenskih pregledov ter okrepljeno izven omenjenih pregledov in sicer v ZD, vrtcih in v drugih relevantnih ustanovah ali lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za predšolske otroke izvajajo zdravnik in sestra v dispanzerju za predšolske otroke in DMS iz EVZZ.

Zdravnik in sestra iz dispanzerja za predšolske otroke izvajata vzgojo za zdravje v obliki usmerjenega individualnega svetovanja, ki je prilagojeno razvojni stopnji otroka. Določene morajo biti vsebine in čas za izvajanje tega dela vzgoje za zdravje. Vsebine so namenjene staršem. Časa mora biti dovolj za pogovor in vsa vprašanja staršev.

DMS iz EVZZ lahko glede na možnosti izvaja vzgojo za zdravje za predšolske otroke sočasno s sistematičnimi in namenskimi pregledi v ZD ali pa časovno ločeno v EVZZ. Vzgojo za zdravje lahko izvaja skupinsko ali individualno, glede na možnosti in potrebe. Skupinsko vzgojo za zdravje lahko izvaja v obliki manjših skupin staršev, ki jih naroči na isto uro.

Izven sistematičnih pregledov bi DMS iz EVZZ izvajala vzgojo za zdravje izvajali v prvem letu otrokovega življenja in po prvem letu otrokovega življenja, kar je vezano predvsem na starševski dopust.

V prvem letu otrokovega življenja predlagamo izvajanje skupin za starše, podobno kot so bile že poskusno izvedene in ovrednotene na vsaj eni od zdravstvenih regij. Skupine potekajo v času starševskega dopusta in so namenjene staršem skupaj z otroci. Teme so prilagojene potrebam razvojnega obdobja in niso vezane izključno na telesne dejavnike. Skupine izvaja DMS iz EVZZ v sodelovanju s pediatri in njihovimi sestrami, fizioterapevti, psihologi, patronažnimi sestrami in drugimi relevantnimi strokovnjaki. Natančen program in pogostost srečevanja skupin bi bil potrebno naknadno določiti. Potreben je razmislek, ali ne bi dolgoročno DMS iz EVZZ usmerili tudi v izvajanje obiskov na domu pri dojenčkih, kar zdaj dela patronažna sestra, saj bi to okrepilo njene stike z varovanci in njihovimi družinami skozi celo prvo leto starosti in tudi celotno predšolsko obdobje ter ji omogočilo tesnejši stik z njimi.

Po končanem starševskem dopustu, torej po prvem letu starosti otroka, predlagamo izvajanje vzgoje za zdravje v sodelovanju z vrtci in/ali ZD, izbor pa je odvisen od deleža otrok, ki hodijo v vrtec v določeni starosti v določenem predelu. Ta vzgoja za zdravje je namenjena staršem, vzgojiteljicam in drugim zaposlenim v vrtcu ter otrokom.

Menimo, da bi bilo optimalno, da bi dosegli skupno pogostost kontaktov DMS iz EVZZ enkrat do dvakrat letno z vsako ciljno skupino, vsak v trajanju od 1 do nekaj ur, odvisno od programa in ciljne skupine.

Ob vstopu otroka v šolo je pomemben prenos informacij med zdravniki in izvajalkami vzgoje za zdravje za predšolsko in šolsko obdobje, v kolikor ta specializacija obstaja na posamezni regiji. Prenos naj bo zagotovljen na predpisan način.

Vzgoja za zdravje v šolskem obdobju (OŠ in SŠ)

Izvajanje vzgoje za zdravje v šolskem obdobju je potrebno okrepiti in poenotiti. Vzgoja za zdravje za šolske otroke naj se izvaja v okviru sistematičnih pregledov ter okrepljeno izven sistematičnih pregledov, predvsem v šolah, tako osnovnih kot srednjih, pa tudi v drugih ustanovah (internati in različni zavodi) ali lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za šolske otroke izvajajo zdravnik in sestra v dispanzerju za šolske otroke in DMS iz EVZZ.

Zdravnik in sestra iz dispanzerja izvajata usmerjeno individualno svetovanje, ki je prav tako del vzgoje za zdravje in je prilagojeno razvoju otroka in mladostnika. Določene morajo biti vsebine in čas za izvajanje tega dela vzgoje za zdravje. Vsebine so namenjene predvsem otrokom. Časa mora biti dovolj za pogovor in vsa vprašanja otrok.

DMS iz EVZZ lahko glede na možnosti in potrebe izvaja vzgojo za zdravje za šolske otroke sočasno s sistematičnimi pregledi v ZD ali pa časovno ločeno v šoli. Vzgojo za zdravje izvaja skupinsko in po potrebi pri posamezniku tudi individualno. Posebej je potrebno okrepiti obseg izvajanja vzgoje za zdravje izven sistematičnih pregledov. Ta vzgoja za zdravje se izvaja v šolah, drugih ustanovah ali lokalni skupnosti. Izvajanje vzgoje za zdravje naj bo namenjeno tako otrokom in mladostnikom, kot tudi staršem in zaposlenemu osebju.

Glede na zbrane podatke, trenutno menimo, da je primerneje, da je DMS, ki izvaja vzgojo za zdravje za šolske otroke, zaposlena izven šole, vendar na njej pogosto prisotna. Zaenkrat izvajalke namreč menijo, da je zunanji sodelavec šole v prednosti v primerjavi s tem, če bi bil ves čas prisoten na šoli in del šolskega osebja. O namestitvi DMS v šole pa je potrebno dodatno pridobiti tudi stališča staršev, otroki in mladostnikov ter šolskega osebja ter organizacijsko uskladiti z drugimi deli preventivnih pregledov otrok in mladostnikov.

Menimo, da bi bilo tudi za to starostno skupino optimalno, da bi dosegli skupno pogostost kontaktov DMS iz EVZZ enkrat do dvakrat letno z vsako ciljno skupino (to je razred), vsak v trajanju od 1 do nekaj ur, odvisno od programa in ciljne skupine. Pomembno je, da se osredotočimo na prehod iz osnovne v srednjo šolo, ko naj bo vzgoja za zdravje in sodelovanje šole in zdravstva še posebej okrepljeno. Kot eno od možnih rešitev predlagamo, da so kontakti z otroci in pedagoškimi delavci v zadnjih razredih OŠ in prvih letnikih SŠ bolj intenzivni in pogosti.

DMS, ki izvajajo vzgojo za zdravje, je v povezavi s šolskim sektorjem potrebno zagotoviti vstop v šolo, vsebine pa morajo biti v letnih delovnih načrtih šole. DMS naj bo vključena tudi v šolski tim za zdravje, če ta obstaja (primer "Zdrave šole", ki imajo tovrstne time) oziroma naj (so)deluje tudi na vseh področjih dela šole, ki se tičejo zdravja.

Osipniki predstavljajo skupino, do katere trenutno nimamo pripravljenega pristopa za doseganje osnovnih standardov vsebin vzgoje za zdravje, so pa zaradi obsega prevzemanja tveganih vedenj zelo pomembna skupina za vzgojo za zdravje. Zanje je prav tako potrebno zagotoviti pristop, vendar trenutno nimamo zadosti podatkov za pripravo predlogov.

Spremljanje in vrednotenje izvajanja vzgoje za zdravje

Trenutno poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje ni ocenjeno kot ustrezno. Sistem je potrebno prenoviti in poenostaviti z uvedbo kazalnikov, ki nam dali ustrezen vpogled v obseg

in kakovost izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na nacionalnem in regionalnem nivoju in ki bodo primerljivi med posameznimi zdravstvenimi regijami in izvajalskimi točkami. Pripraviti je potreben ustrezen program spremljanja in vrednotenja izvajanja vzgoje za zdravje ter vsa potrebna orodja in sistem.

Glede na trenutno dostopne podatke predlagamo redno in poenoteno spremljanje naslednjih kazalnikov, ki jih je potrebno še dopolniti.

Predlagamo naslednje kratkoročne kazalnike na nivoju procesov in izhodov:

- mrežo izvajalcev;
- število otrok na posamezno DMS, ki izvaja vzgojo za zdravje, in usklajenost s predpisanimi normativi;
- delež zajete populacije glede na predpisane vsebine v PVZZOM (npr. na predšolskem nivoju delež otrok, staršev ali vrtčevskih oddelkov, ki so prejeli v PVZZOM predpisane vsebine; na šolskem nivoju delež posameznih razredov, ki so prejeli v PVZZOM predpisane vsebine);
- uporabljane metode in oblike dela;
- dodatno izvedena vzgoja za zdravje (fleksibilni del PVZZOM).

Naši predlogi na področju kratkoročnega doseganja standardov so:

- Potrebno je tudi pripraviti sistem vrednotenja dela izvajalk vzgoje za zdravje. Predlagamo, da se v okviru vsakega obveznega programa in vsebine v PVZZOM pripravijo enostavna orodja za takojšnje samovrednotenje doseganja zahtevanih standardov znanja.
- Občasno je potrebno na posameznih območjih dodatno vrednotiti izvajanje vzgoje za zdravje s posameznimi raziskavami učinkovitosti izvajanja v dejanski praksi glede obsega izvajanja vzgoje za zdravje, ustreznosti izpeljave programov, doseganja zastavljenih standardov ter spremljanje potreb do dopolnjevanju oziroma prevetritvi programov, vsebin in pristopov z upoštevanjem perspektive otrok, mladostnikov in staršev ter izvajalcev.

Dolgoročno pa spremljamo učinke vzgoje za zdravje preko kazalcev zdravega življenjskega sloga in zdravja otrok (obdobne raziskave in rutinsko zbiranje podatkov). Ti kazalci so tudi morebitna usmeritev za dodajanje vsebin v enotni program.

Izobraževanje izvajalk vzgoje za zdravje

Predlagamo, da se DMS pred nastopom dela na področju izvajanja vzgoje za zdravje dodatno izobrazijo v predpripravljenih oblikah izobraževanja. Predlagamo, da imajo izvajalke

vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike opravljen pedagoško – andragoški izpit, ki je nujen za delo v šolah.

Izvajalke vzgoje so DMS, ki pa zaradi specifičnosti dela potrebujejo še dodatna redna izobraževanja. Predlagamo tudi redna letna usmerjena dodatna izobraževanja za izvajalke vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Vsa ta izobraževanja naj poleg tem zdravja vključujejo tudi vsa dodatna znanja, ki jih izvajalka potrebuje zaradi značilnosti svojega dela, kot so pedagoška, komunikološka, psihološka, metodološka in druga znanja.

Predlagamo letna srečanja izvajalk na nacionalnem nivoju ter redna srečanja, ki jih organizirajo regijski koordinatorji vzgoje za zdravje za pridobivanje znanj, izmenjavo dobrih praks in izkušenj ter dolgoročno tudi supervizijska srečanja, ki jih nekatere izvajalke želijo.

Poleg izvajalk vzgoje za zdravje je potrebno zagotoviti ustrezno znanje tudi vsem, ki v okviru svojega rednega dela prav tako izvajajo vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike.

Viri izvajanja vzgoje za zdravje

Ob spremembi sistema izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike je potrebno natančno opredeliti potrebne vire, tako človeške kot tudi materialne.

Potrebno je torej zagotoviti ustrezne kadrovske vire. Točnega podatka o tem, koliko sester (iz opravljenih ur) v Sloveniji trenutno izvaja vzgojo za zdravje, nimamo. Prav tako še nimamo izoblikovanih normativov in mreže, zato ne moremo oceniti potrebo po DMS v okviru predlaganih sprememb. Sprememba sistema, kot jo predlagamo, bo po našem mnenju omogočila vpogled v točno število izvajalk, saj ne bo več prepletanja med preventivo in kurativo in prevladovanja kurative nad preventivo.

Potrebno je zagotoviti transparentnost financiranja. Obseg plačila je potrebno vezati na obseg opravljenega dela (glede na kazalnike).

Vrednoteni morajo biti vsi načini dela, od skupinskega (kombinacija števila skupin in števila udeležencev), individualne vzgoje za zdravje, vzgoje za zdravje po telefonu ali drugih sodobnejših načinov izvajanja vzgoje za zdravje, priprave na izvajanja, potovanja do ciljnih skupin, poročanje, izobraževanja ter izvajanje dodatnih, lokalno pomembnih vsebin idr. Izvajalke morajo biti bolje seznanjene z načinom plačila in odvisnostjo plačila od obsega izvedenega dela. Predpisani standardi, ki jih morajo doseči po PVZZOM, jim bodo dali jasne usmeritve, kaj se od njih pričakuje.

Odnos vodstev ZD in podobnih ustanov do vzgoje za zdravje

Predvidevamo, da se bo s spremembo navodil, z uvedbo obveznega PVZZOM in spremembo načina financiranja ter določitvijo kompetenc nacionalnega in območnih koordinatorjev vzgoje za zdravje bolj poenotil tudi odnos vodstev ZD do vzgoje za zdravje, kar bo še dodatno zagotavljalo enotno izvajanje vzgoje za zdravje po celi Sloveniji in doseganje enotnih minimalnih standardov.

Ne glede na spremembe sistema, bo potrebno za ustrezen položaj in razumevanje pomena vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, izvajati intenzivno osveščanje o vzgoji za zdravje za vse relevantne deležnike, posebej tudi za vodstvene delavce v ZD in drugih relevantnih ustanovah.

Koordinacija izvajanja vzgoje za zdravje na nacionalnem in regijskem nivoju

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni ne določajo točneje vloge in kompetenc ter odgovornosti koordinatorja na območnem zavodu za zdravstveno varstvo. Navajajo le, da koordinator sodeluje z izvajalci in odgovornim zdravnikom. Prav zato so na delo koordinatorja vzgoje za zdravje pogledi različnih skupin (izvajalci, ZD, sestre, zdravniki) različni in je tudi obseg izvajanja koordinatorskega dela zelo različen po posameznih zdravstvenih regijah. Nacionalna koordinacija izvajanja vzgoje za zdravje v navodilih ni posebej opredeljena, niti določena.

Kompetence in delo območnih koordinatorjev vzgoje za zdravje

Predlagamo, da se v navodilih točno določijo kompetence in naloge regijskih koordinatorjev, kar bo zagotovilo, da se koordinacija izvajanja vzgoje za zdravje izvaja enotno po vseh zdravstvenih regijah. Sedež regijskih koordinatorjev vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike naj bo na območnih zavodih za zdravstveno varstvo, kot tudi sedaj.

Število koordinatorjev za vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike, potrebnih na posamezni zdravstveni regiji, mora biti določeno glede na obseg nalog, ciljnih skupin in kompetenc koordinatorja v kombinaciji z izbranim kriterijem velikosti območja (število izvajalcev ali izvajalskih točk ter velikost območja v smislu razdalj).

Pomembno je, da izvajalke vzgoje za zdravje in vsi drugi relevantni deležniki (vodstvo ZD, zdravniki, šole, vrtci...) pri vzgoji za zdravje otroka in mladostnika začutijo, da je vloga

koordinatorja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike obsežnejša kot le strokovna podpora izvajalkam ter, da ima koordinator kompetence za doseganje ustreznega nivoja izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na posamezni zdravstveni regiji.

V okviru nalog vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike predlagamo, da ima regijski koordinator vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike naslednje naloge in kompetence:

- kontinuirano sodelovanje z nacionalnim koordinatorjem na eni strani in izvajalkami na zdravstveni regiji na drugi strani ter OE ZZZS ter ostalimi relevantnimi deležniki;
- sodelovanje pri pripravi predlogov, strokovnih podlag, in mnenj za področje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike ter pri pripravi strateških dokumentov in akcijskih načrtov;
- udeležba na rednih sestankih z nacionalnim koordinatorjem;
- prenos nacionalno zastavljenih nalog na regijski nivo;
- prenos programov, novosti, znanja idr. na področju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike izvajalkam v zdravstveni regiji;
- organizacija in vodenje rednih sestankov z izvajalkami vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike z rednim vključevanjem strokovnih tem;
- podpora procesu izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na posameznih izvajalskih točkah v zdravstveni regiji s podporo izvajalkam v ZD, šolah, vrtcih ipd.;
- strokovna podpora izvajalkam in pomoč pri reševanju aktualnih težav pri izvajanju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;
- regijska kontaktna točka za gradiva vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;

- letno načrtovanje nalog vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike za zdravstveno regijo z izvajalkami in potrjevanje letnih planov izvajalk vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;
- spremljanje izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v zdravstveni regiji s pomočjo izbranih kazalnikov, zbiranje podatkov za poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, obdelava in interpretacija podatkov za regijski nivo ter posredovanje na nacionalni nivo;
- obiski izvajalskih mest v zdravstveni regiji z namenom spremljanja izvajanja letno načrtovanih nalog vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike ter reševanje aktualne problematike;
- identifikacija izvajalskih mest v zdravstveni regiji, kjer izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike poteka neustrezno, pregled razlogov, predlogi ukrepov in ustrezno ukrepanje;
- identifikacija dobrih praks v zdravstveni regiji, širjenje dobrih praks po zdravstveni regiji in predstavitev na nacionalnem nivoju;
- sodelovanje pri pripravi, izvedba ter regijska interpretacija rezultatov vrednotenja izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v posamezni regiji v okviru nacionalnih raziskav;

- načrtovanje in izvedba občasnega vrednotenja izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike glede na regijske potrebe.

Kompetence in delo nacionalnega koordinatorja vzgoje za zdravje

Predlagamo, da se v navodilih opredeli tudi nacionalno koordinacijo izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike in določijo kompetence ter naloge nacionalnega koordinatorja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike. Sedež nacionalnega koordinatorja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike naj bo na IVZ RS.

V okviru nalog vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike predlagamo, da ima nacionalni koordinator vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike naslednje naloge in kompetence:

- kontinuirano sodelovanje z regijskimi koordinatorji na eni strani in Ministrstvom za zdravje, ZZZS ter drugimi sektorji in ostalimi relevantnimi deležniki;
- priprava predlogov, strokovnih podlag, in mnenj za področje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike ter sodelovanje pri pripravi strateških dokumentov in akcijskih načrtov;
- organizacija in vodenje rednih sestankov z regijskimi koordinatorji vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;
- prenos programov, novosti, znanja idr. na področju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na regijski nivo ("edukacija edukatorjev");
- podpora procesu izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na posameznih zdravstvenih regijah s podporo regijskim koordinatorjem ipd.;
- strokovna podpora regijskim koordinatoricam vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike in pomoč pri reševanju aktualnih težav pri izvajanju vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;
- nacionalna kontaktna točka za gradiva vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike;
- organizacije rednih letnih izobraževanj za izvajalke vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, skupaj z regijskimi koordinatorji;

- letno načrtovanje nalog vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na nacionalnem nivoju skupaj z regijskimi koordinatorji in potrjevanje letnih planov vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike posameznih zdravstvenih regij;
- spremljanje izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na nacionalnem nivoju s pomočjo izbranih kazalnikov, zbiranje regijskih podatkov za poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje, obdelava in interpretacija podatkov na nacionalnem nivoju ter posredovanje poročila na Ministrstvo za zdravje, regijskim koordinatoricam in vsem drugim relevantnim deležnikom;
- obiski zdravstvenih regij, to je koordinatorjev z namenom seznanitve z izvajanjem vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike in reševanjem aktualne problematike;

- identifikacija zdravstvenih regij, kjer izvajanje vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike poteka neustrezno, pregled razlogov, predlogi ukrepov in ustrezno ukrepanje;
- identifikacija dobrih praks, širjenje dobrih praks na nacionalnem nivoju;
- načrtovanje, zasnova in koordinacija izvedbe vrednotenja izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v okviru nacionalnih raziskav skupaj z analizo podatkov in interpretacijo ter pripravo poročila in javnosti ter objavo na nacionalnem nivoju.

6. PRILOGA

PREDLOG AKCIJSKEGA NAČRTA VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE (januar 2007)

Kazalo

1. Vzgoja za zdravje	120
2. Življenjski stil in zdravje otrok in mladostnikov	122
3. Izhodišča s cilji	123
4. Ključne vsebine s cilji	127
5. Ogrodje za doseganje ciljev	138
6. Implementacijski model vključevanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike	140
7. Primer izvajanja vzgoje za zdravje za šolske otroke in mladostnike z vsebinami	141
8. Izdelani programi za izvajanje vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih	143
9. Spremljanje in evalvacija programov	146

1. Vzgoja za zdravje

Promocija zdravja je definirana kot proces, ki ljudem omogoča nadzor nad svojim zdravjem in s tem aktivno vplivajo na svoje zdravje. Proces ni usmerjen samo h krepitvi veščin, sposobnosti in znanj, ampak je predvsem celosten socialen in političen proces, ki je usmerjen tudi k spreminjanju socialnih, okoljskih in ekonomskih pogojev. Promocija zdravja pomaga ljudem pri spreminjanju življenjskega stila v stanje čim boljšega zdravja. Zdravje je v tem kontekstu vir vsakodnevnega življenja. Poudarek je na pozitivnem konceptu vključujoč socialne in individualne resurse, kot tudi fizične kapacitete. Prav zato zdravje ni odgovornost samo zdravstvenega sektorja, ampak mora iti od »healthy life style« do »well-being«.

Program promocije zdravja podpira pet prioritetenih področij: ustvarjanje zdravju naklonjenih javnih politik, ustvarjanje podpornih okolij za zdravje, krepitev akcijskih kompetenc skupnosti, razvoj osebnih veščin in reorganizacijo zdravstvenih služb.

Vzgoja za zdravje je pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja in je definirana kot planiran proces za doseganje znanja povezanega z zdravjem ali boleznijo. Pri tem je seveda potrebno upoštevati njene zakonitosti kot dinamičen proces učenja. Vzgoja za zdravje ni samo širjenje informacij/informiranje, ampak je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socioekonomskih faktorjev.

Namen vzgoje za zdravje je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje. Z različnimi programi pa omogočamo posamezniku pridobivanje znanja, oblikovanje stališč in vedenj za zdrav slog življenja.

Izraz vzgoja za zdravje je sodoben izraz za zdravstveno vzgojo in se ga razume kot nadgradnja obstoječe zdravstvene vzgoje (po literaturi WHO, Ottawska listina, Bankokška deklaracija...). Tradicionalna zdravstvena vzgoja je delovala na principih posredovanja informacij o zdravju posamezniku ali skupini in je poudarjala v glavnem telesno zdravje in ni zajela širših vidikov zdravja. Posameznik je imel izredno pasivno vlogo prejemnika informacij. Zdravstvena vzgoja je delovala na osnovi zaporednosti, potem ko se je problem že pojavil. Vzgoja za zdravje želi povezati vsa prizadevanja (tako zdravstvenega, šolskega, družinskega, socialnega in drugih sektorjev) za zdravje. Izhaja iz širšega modela razumevanja promocije zdravja, ki vključuje interakcijo telesnih, duševnih, duhovnih, okoljskih in družbenih vidikov ter poleg medicinskih vključuje tudi najnovejša spoznanja in veščine na kognitivno vedenjskem, psihološkem, pedagoškem, sociološkem, komunikološkem in drugih področjih. Vzgoja za zdravje je proces, ki usposablja ljudi, da imajo večji nadzor nad življenjem, zdravjem - opolnomočenje, krepitev potencialov in močnih

točk, usmerjanje v spremembo nezdravega vedenja. Koncept vzgoje za zdravje poudarja, da je informiranje pogoj, vendar še ne vodi nujno v spremembo nezdravega načina vedenja in navad. Pri tem upošteva konkretno ciljno populacijo, njene značilnosti in načrtuje delovanje v smislu razvijanja veščin, strategij ob aktivni

participaciji in upošteva ožji in širši družbeni kontekst, individualne in skupnostne vidike (kot so prepričanja, vrednote, stališča, vpetost v različne sisteme, skupnosti, različne vplive).

Pojem vzgoja za zdravje torej vključuje vse, ki delajo na področju

zdravja in vplivajo na tak ali drugačen način na telesno in duševno dobro počutje in razvitost ter izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. V tem smislu gre za pomemben premik v konceptualnem smislu in tudi v smislu interdisciplinarnega sodelovanja, ki se simbolno odraža tudi v spremembi imena oz. naziva dejavnosti iz zdravstvene vzgoje v vzgojo za zdravje.

2. Življenjski stil in zdravje otrok in mladostnikov

Za populacijo mladostnikov in mladostnic lahko rečemo, da so zdrava populacija, v kolikor gledamo zdravstveno stanje s kazalniki zdravja odraslih skupin prebivalstva. Zdravstveni problemi te populacije se nanašajo predvsem na probleme povezane z značilnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja. Predvsem zadnje je ključno pri promociji zdravja. Nezdrav način življenja mladih se kaže predvsem na področjih nezdravega koriščenja prostega časa, motenj prehranjevanja in nezadostne telesne dejavnosti, zasvojenosti in zlorabe substanc, tveganega spolnega vedenja, zanemarjanja, trpinčenja in zlorabe, motenj duševnega zdravja in dobrega počutja ipd. Vsi ti dejavniki lahko vplivajo na učni uspeh, komunikacijo z vrstniki, starši in odraslimi, nizko pozitivno samopodobo, tudi depresivnost, samomorilnost. (povzeto po Brcar, 2005)

Rezultati raziskave Z zdravjem povezano vedenje (HBSC) iz leta 2002 in 2006 kažejo, da slovenski otroci in mladostniki svoje zdravje ocenjujejo dobro. Ko pa nadalje raziskujemo njihovo vedenje, pa se izkaže, da prosti čas preživljajo preveč pasivno pred televizijskim ekranom ali predvsem pred računalnikom, s tem so posledično manj telesno aktivni, dekleta še nekoliko manj kot fantje. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da otroci in mladostniki pojedjo premalo zelenjave, nekoliko več sadja. Prav tako rezultati kažejo, da jih kar polovica ne zajtrkuje. V primerjavi z Evropo pa popijejo bistveno več gaziranih in sladkanih brezalkoholnih pijač. Čeprav kajenje med odraslimi prebivalci upada (glede na SJM) pa kajenje med mladimi še ne pada.

Ker nam omenjena raziskava daje podatke tudi o oddaljenih determinantah zdravja, smo pri nekaterih dejavnikih našli povezavo tudi s socioekonomskih statusom in predvsem pa razlike po spolu.

S takimi in podobnimi poglobljenimi raziskavami lahko načrtujemo promocijske in preventivne dejavnosti za otroke in mladostnike ter njihove starše oz. vse, ki se ukvajajo z mladimi. Omogočajo pa nam tudi merjenje uspešnosti delovanja.

Programe usmerjamo predvsem v preprečevanje zdravju škodljivih vedenj ter spodbujanje tistih vedenj, ki pozitivno vplivajo na zdravje vseh, ne glede na socioekonomski status... Saj se v obdobju otroštva in mladostništva formirajo tudi navade življenjskega sloga.

3. Izhodišča s cilji

V Sloveniji zagotavlja izvajanje zdravstvene vzgoje Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki ureja vsebino zdravstvene dejavnosti in njihove izvajalce – zdravstvene zavode, njihovo organizacijo, pravice in dolžnosti v zvezi z zdravstveno dejavnostjo. V tem delu je opredeljeno tudi delo na področju zdravstvene vzgoje (načrtovanje dela, predlaganje, izvajanje in usklajevanje ukrepov in postopkov za napredek zdravstvene vzgojenosti prebivalstva). Natančnejša navodila glede izvajanja, vsebine in oblik dela so objavljena v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ta določajo, kdo izvaja načrtovane programe promocije zdravja in zdravstvene vzgoje, katere vsebine so obvezne v okviru letnega plana dela za določeno ciljno populacijo in na kakšen način morajo biti vsebine podane (oblike in metode dela). Izvajalce obvezuje tudi zbiranje natančne dokumentacije o izvajanju preventivnega programa, katerega del je tudi zdravstvena vzgoja. Pripravljati morajo analize opravljenega dela in predlagati ukrepe za boljše izvajanje programa. Evidentiranje oziroma dokumentiranje zdravstvenovzgojne dejavnosti, kot del celotne načrtovane zdravstvene vzgoje, pa ureja Zakon o zbirkah podatkov.

Iz analize podatkov za leto 2005 je razvidno, da so dejavnosti zdravstvene vzgoje namenjene otrokom starim od 7 do 10 let, sledijo otroci v starosti od 10 do 15 let, nato pa predšolski otroci. Najpogosteje obravnavane vsebine so s področja zobozdravstvene vzgoje, zdravega načina življenja in prehrane. Največ zdravstvenovzgojnega dela pa so opravile medicinske sestre.

V letu 2005 smo v sodelovanju z regijskimi zavodi za zdravstveno varstvo izvedli pregled izvajanja zdravstvenovzgojnih dejavnosti za otroke in mladostnike z kvalitativno metodo DELFI. Rezultati so pokazali, da so razlike v izvajanju zdravstvene vzgoje tako na nacionalnem kot regijskem in lokalnem nivoju. Nabor programov in vsebin smo naredili na to skupaj s predstavniki zavodov za zdravstveno varstvo. Z analize pa smo povzeli boljše programe in jih prenesli na nacionalni nivo.

Leta 2002 smo izvedli raziskavo, v kateri smo naredili pregled izvajanja šol za starše, ki delujejo v Zdravstvenih domovih, bolnišnicah, porodnišnicah in pri zasebnikih. Naš cilj je bil z usmerjenim vprašalnikom zbrati podatke za vsebinsko in organizacijsko kvalitativno analizo dejavnosti predporodne zdravstvene vzgoje, ki pripravlja starše na porod in prihod novega družinskega člana. Na osnovi rezultatov kvalitativne analize smo želeli prepoznati vrste težav izvajalcev predporodne zdravstvene vzgoje, oceniti kvaliteto dela ter pridobiti informacije, ki bodo služili kot izhodišča za pripravo posodobljenega programa in edukativnih materialov.

Rezultati raziskave so pokazali, da šola za starše poteka v Sloveniji zelo različno, tako časovno (od 6 do 36 ur) kot tudi organizacijsko (večina ima organizirane tečaje za dva obdobja nosečnosti, za zgodnjo nosečnost in pripravo na porod) in metodološko (večina šol za starše je kombinacija predavanj in razgovorov, samo nekaj pa jih ima tudi telesne vaje).

Načeloma so izvajalci zadovoljni s potekom svojih tečajev, si želijo določene spremembe, predvsem poenotenje standardov izvajanja samega programa.

V letu 2005 smo v okviru raziskave »Porodnišnice za današnji čas« izvedli obsežno zbiranje podatkov med ženskami, ki so to leto rodile v vseh štirinajstih slovenskih porodnišnicah. Uporabili smo pisni vprašalnik Porod v Sloveniji 2005 in njegovo elektronsko verzijo.

»Šol za starše« oz. »Materinskih šol« so se dotikala vprašanja od št. 9 do 18, spraševali smo o mnenju glede specifičnih vidikov obporodne skrbi v Sloveniji.

Povzamemo lahko, da je »Materinsko šolo« v celoti obiskovala nekaj več polovica respondentk. Z njo je bilo zadovoljnih nekaj manj kot šestdeset odstotkov žensk. Nekaj manj kot deset odstotkov je poiskalo (tudi ali pa izključno) druge oblike priprave na porod. Določen odstotek sploh ni nikoli obiskalo priprav na porod (okoli 10%; v nobeni nosečnosti), nekatere pa obiščejo le nekaj srečanj in se šole ne udeležijo v celoti (v našem vzorcu je bilo to nekaj nad 12 odstotki). Malo manj kot tri četrtine nosečnic je obiskalo »Šolo za starše« skupaj s partnerjem. Petina žensk, ki se »Šole za starše« udeleži, ne izbere najbližje, pač pa zaradi strokovnosti, boljše informiranosti, boljše organizacije in/ali priporočil izbere drugo »Šolo za starše« – določen delež uporabnic je posebej pozornih na kvaliteto »Šole za starše« in iščejo take oblike in vsebine, ki ustreza njihovim potrebam in željam. Le malce več kot polovici udeleženkam zadoščajo informacije, ki jih dobijo v »Šoli za starše«, kar kaže na potrebo po temeljiti prevetritvi, dopolnitvi in aktualizaciji tematik. V več kot dvajsetih odstotkih menijo, da niso imele dovolj možnosti izražanja svojih lastnih stališč. Polovica respondentk je imela v »Materinski šoli« možnost izražanja čustev. Manj kot štirideset odstotkov udeleženk je imelo resnično možnost izmenjevanja porodnih izkušenj. V manj kot desetih odstotkih so bili organizirani pogovori med udeleženkami. Respondentke so bile mnenja, da so praktična znanja res pridobivale v manj kot tridesetih odstotkih. Naštete ugotovitve napotujejo k nujnosti razmisleku o vpeljavi drugačnih metod dela za kvalitetno vzgojo za zdravo starševstvo in pripravo na porod in zastavitvi celostne preнове »Šol za starše«.

Uspešni programi promocije zdravja in vzgoje za zdravje so ključ sodelovanja med šolskim in zdravstvenim sektorjem (Egmondska deklaracija 2002). Dobri programi upoštevajo trenutno situacijo (resursi, prehodne izkušnje in metode dela), delujejo na osnovi partnerstva sodelujočih in slonijo na dobri teoretični osnovi. Obenem so dolgoročni in predvidevajo izobraževanje izvajalcev in njihov profesionalni razvoj. Spremljanje in evalvacija pa je

esencialni del vseh nacionalnih programov promocije zdravja in vzgoje za zdravje. Na tej osnovi že od leta 1993 deluje evropska in slovenska mreža Zdravih šol. Trenutno je v mrežo vključenih 130 osnovnih in srednjih šol. Projektni timi na šolah vsako leto skrbno načrtujejo in evalvirajo svoje delo. Iz teh podatkov smo dobili tudi vpogled v sodelovanje šole in šolske zdravstvene službe. Nekatere šole dobro sodelujejo z zdravstveno službo, nekatere pa nekoliko manj, dobrega sodelovanja pa si želijo vse. V šolskem letu 2004/2005 so bili zdravstvena služba kot zunanji izvajalec na šolah prisotni najpogosteje pri naslednjih vsebinah: zobozdravstvena vzgoja, splošne zdravstvenovzgojne vsebine, različna področja zdrave prehrane, spolna vzgoja in vsebine duševnega zdravja.

V letu 2006 smo s pomočjo sodelavcev iz devetih regionalnih Zavodov za zdravstveno varstvo izvedel raziskavo v osnovnih šolah (OŠ) v Sloveniji o izvajanju zdravstveno-vzgojnih (ZV) vsebin in programov, s poudarkom na področju tobaka in alkohola. Na raziskavo se je odzvalo skoraj tri četrtine osnovnih šol iz cele Sloveniji.

Skoraj 90% OŠ, ki so sodelovale v raziskavi, meni, da bi morale biti ZV vsebine del učnega načrta OŠ. Najpomembnejši razlogi za uvedbo ZV vsebin v učni načrt OŠ so po mnenju OŠ pomembnost in aktualnost ZV vsebin, sistematično, enotno in kontinuirano izvajanje teh vsebin za vse učence ter dejstvo, da bi bil ZV temam namenjen čas in ne bi več posegali v delo učiteljev ali povečevali števila ur.

Trije najprimernejši načini za vključitev ZV vsebin na razredni stopnji so naravoslovni dnevi, različni predmeti in razredne ure. Najprimernejši načini za vključitev ZV vsebin na predmetni stopnji so prav tako naravoslovni dnevi, različni predmeti in razredne ure, obenem pa OŠ predlagajo tudi samostojen predmet z ZV vsebino.

Trenutno skoraj 90% osnovnih šol, ki so sodelovale v raziskavi, izvaja ZV programe in dejavnosti na področju tobaka in/ali alkohola. Velika večina OŠ, ki izvajajo ZV programe in dejavnosti na področju tobaka in/ali alkohola, želi nadaljevati z njimi. Večina tistih, ki teh programov ne izvajajo, želi z njimi začeti. Potrjuje se zavedanje OŠ o pomembnosti ZV vsebin v osnovnošolskem okolju in tudi željo po enotnosti programov.

Za povečanje učinkovitosti izvajanja zdravstveno-vzgojnih programov in dejavnosti, za preprečevanje opuščanja le-teh in spodbujanje ponovne uvedbe, je pomembno delovati predvsem na ovire, kot so časovna preobremenjenost z rednimi aktivnostmi in/ali dodatnimi projekti ter programi druge vrste, pomanjkanje različnih, novejših gradiv in materialov za izvajanje programa ter zagotoviti izvajanje zdravstveno-vzgojnih vsebin v okviru učnega načrta oziroma rednih učnih obveznosti.

Raziskava je pokazala na potrebo po vključitvi zdravstveno-vzgojnih vsebin v učni načrt osnovnih šol v Sloveniji, potrebo po poenotenju pristopa in posodobitvi trenutno dostopnih zdravstveno-vzgojnih programov s področja tobaka in alkohola. Raziskava je nakazala

najprimernejše načine vključevanja zdravstveno vzgojnih vsebin v osnovnošolsko okolje. Vsebine in pristopi morajo biti usklajeni medresorsko in pripravljene in/ali posodobljene na ustreznih strokovnih inštitucijah ob zagotovitvi ustreznih virov, tako finančnih kot kadrovskih.

Cilji:

Splošni cilji:

1. Zagotoviti informiranost, motiviranost in osvajanje veščin za zdravje staršev, otrok in mladostnikov

2. Priprava predloga prenove vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike

Specifični cilji: prenova programov šole za starše, vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih za predšolske in šolske otroke; priprava programov za druga okolja (npr. vrtec, šola); priprava programov za druge ključne skupine (osipniki, študenti, mladi delavci, nosečnice, ki ne obiskujejo šol za starše...)

3. Izobraziti in strokovno usposobiti zdravstvenovzgojne delavce, ki bodo izvajali programe vzgoje za zdravje

Specifični cilji: pripraviti ustrezna izobraževanja za izvajalce (edukacija edukatorjev), priprava gradiv za izvajalce in ciljno populacijo, sprotno spremljanje

4. Zagotoviti spremljanje izvajanja programov vzgoje za zdravje

Specifični cilji: priprava evalvacijskih vprašalnikov za sprotno spremljanje; sprotno prilagajanje vsebin in metod dela, redno zbiranje podatkov o izvajanju vzgoje za zdravje za potrebe nacionalne statistike, spremljanje učinkov programov vzgoje za zdravje preko obdobjih raziskav (npr. HBSC)

4. Ključne vsebine s cilji

Šola za starše

Šola za starše je pomembna pri aktivni skrbi zase v času nosečnosti in v zgodnjem starševstvu. Zdravstvena vzgoja v nosečnosti in v času zgodnjega materinstva ter priprava na porod in zgodnje materinstvo ter družinsko življenje so pri tem ključni in morajo biti žensko osredinjeni, kar ima dokazane pozitivne kratkoročne in dolgoročne učinke na zdravje žensk, otrok in cele družine. V času nastajanja družine so pomembne informacije, ozaveščenost o pravicah in možnostih, podpora aktivni skrbi zase in individualiziran pristop k posameznici in posamezni družinski skupnosti. Šola za starše je namenjena nosečnicam (prvorodke, ponovno noseče), njihovim partnerjem oz. spremljevalcem, z dodatnimi programi za še posebej ogrožene nosečnice (mdr. mladostnice, socioekonomsko ogrožene nosečnice, nosečnice s specifičnimi zdravstvenimi tveganji (npr. nosečnice, ki se zdravijo v centrih za zdravljenje odvisnosti).

Glavni cilji so: - informiranje, osveščanje, izobraževanje, podpora za zdrave načine življenja v času nosečnosti (za ženske in partnerje oz. partnerke) in v času zgodnjega starševstva (teme: gibanje, spolnost, prehrana, prepovedane droge, alkohol, tobak, kava in druge substance, duševno zdravje; kemijska varnost, varstvo pred sevanji, varnost pred poškodbami na delovnem mestu in v gospodinjstvu); nalezljive bolezni, ki lahko ogrožajo nosečnico in nerojenega otroka, cepljenje otrok;

- informiranje, osveščanje, izobraževanje, podpora (za) uporabnice zdravstvenega sistema pri aktivnem sooblikovanju skrbi v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju, ki bo zagotavljala najustreznejše in individualizirane storitve.

Vsebina	Ključni poudarki/cilji
Nosečnost	Informacije o spočetju, razvoju ploda, zdravem načinu življenja v času nosečnosti, tveganja v nosečnosti (sončenje, solariji, šport...) tveganja v nosečnosti (delovno mesto, delo v gospodinjstvu, prosti čas - mdr. sončenje, solariji, športne aktivnosti); pomen zdravja in dobrega počutja nosečnice, kdaj po pomoč k zdr. strokovnjakom
Porod	Informacije o pripravi na odhod v porodnišnico, znaki začetka poroda, porodni poteki, dihalne in druge vaje, sproščanje, porodna bolečina, porodni položaji, postopki med porodom, vloga očeta/spremljevalca pri porodu; psihična in fizična priprava na porod, ...

Psihološka priprava	Informacije o prihodu novega družinskega člana; priprava na družinsko življenje
Nega novorojenčka	Nega, kopanje, umivanje, oblačenje, oprema dojenčka
Zobozdravstvena vzgoja	Zdravje zob v času nosečnosti in po porodu, razvoj zob pri otroku
Prikaz rednih telesnih vaj	Demonstracija in izvajanje telesnih vaj, ki so primerne za obdobje nosečnosti in kot priprava na porod
Sprostitutvene in dihalne vaje	Demonstracija in izvajanje telesnih vaj, ki so primerne za obdobje nosečnosti in kot priprava na porod
Raba kontracepcijskih metod po porodu	Informacije o primernih metodah in njihovi dostopnosti
Osnove pravnega in socialnega varstva v času nosečnosti in poporodnem obdobju	Zdravstvene, socialne pravice in pravice iz delovnih razmerij
Preprečevanje poškodb in zastrupitev	Preprečevanje poškodb in zastrupitev v zgodnjem otrokovem življenju
Dojenje in prehrana	Pomen, priprava, možni zapleti ob dojenju, poporodne stiske in vprašanja, povezana z odločitvami o dojenju, uporaba mlečnih pripravkov, prehod na pestro mešano prehrano, pomen redne in uravnotežene prehrane, povečane potrebe po vitaminih in elementih, hranilno bogata hrana, slabosti in prednosti alternativnih oblik prehrane
Psihoaktivne snovi	informacije o različnih psihoaktivnih snoveh (vključno s prepovedanimi drogami) in njihovih škodljivih učinkih ter tveganjih za nosečnico, mamó, plod in otroka ter očete; usmeritev v ustrezne programe za opuščanje rabe psihoaktivni snovi
Duševno zdravje	Premagovanje duševnih stisk ob in po porodu, oblikovanje nove vloge starša, odnosi med partnerjema, razdelitev obveznosti in dela, strategije in oblike pomoči pri težavah
Varstvo pred sevanji	informacije o različnih virih sevanj, njihovih škodljivih učinkih ter tveganju in načinih zmanjševanja izpostavljenosti
Nalezljive bolezni	Informacije o nalezljivih boleznih, ki lahko ogrozijo zdravje nosečnice in njenega nerojenega otroka

	<p>(npr.: listerioza, rdečke, parvo virus 19, gripa...), tudi razlaga nekaterih diagnostičnih testov proti NB, ki se opravijo v tem obdobju (hep B, sifilis, toksoplazmoza</p> <p>Informacije o nekaj osnovnih ukrepih, kako se obvarovati pred NB v času nosečnosti Informacije o NB (predvsem bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem), ki lahko najbolj ogrozijo zdravje novorojenčka in majhnega otroka, vključno s predstavitevijo cepljenja in njegovim pomenom</p>
--	---

Predšolsko obdobje

Vzgoja za zdravje je pomembna dejavni skrbi za družino in v družini ter kot nadaljevanje vzgoje za zdravje v obdobju nosečnosti. Vsebine, ki so ključne za to obdobje se morajo dotikati širšega zdravega načina življenja in morajo obsegati vse ravni zdravja. Ciljne skupine v primeru predšolskega obdobja so poleg otrok tudi starši, stari starši, vzgojitelji in varuhi v vrtcih ter zdravstveni delavci.

Vzgoja za zdravje v tem obdobju je veliko bolj individualna kot v drugih obdobjih, vendar tudi skupinska dinamika doprinese k boljšemu razumevanju, informiranju in izobraževanju o zdravju.

Vzgoja za zdravje v predšolskem obdobju ima lahko kratkotrajne in dolgotrajne pozitivne učinke na zdravje otrok, staršev oz. celotne družine. Namenjena je staršem in njihovim otrokom z dodatnimi programi za posebej ogrožene posameznike (npr. socialnoekonomsko ogroženi, kronično bolni, s specifičnimi tveganji...). Obenem v programe vzgoje za zdravje vključujemo tudi vzgojitelje in varuhe v vrtcih.

Vsebine vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju so razdeljene na štiri ključne vsebinske sklope: čustveni in motorični razvoj, dojenje in prehrana ter preprečevanje poškodb.

Starost	Sklopi	Ključni poudarki
1. mesec	Motorični razvoj	Preventiva rahitisa ,Handling,
	Čustveni razvoj	Pestovanje, prepoznavanje čustev, joka
	Preprečevanje poškodb	Avtomobilski sedež, padci s previjalne mize, preprečevanje NNSD
	Dojenje in prehrana otroka in družine	Vzpostavitev ritma hranjenja, pomen polnega dojenja, priprava na dojenje, možni zapleti ob dojenju, poporodne stiske in vprašanja, povezana z odločitvami o dojenju, uporaba mlečnih pripravkov.

	Ostalo	<p>Nega otroka (koža, kopanje, kreme), vpliv pasivnega kajenja na otroka, okužbe oz. običajne NB, ki lahko najbolj ogrozijo otroka v tem obdobju (respiratorne, črevesne)</p> <p>Navodila o tem, kako naj starši dajo otroka spat</p> <p>Preprečevanje najpogostejših okužb oz. NB (uporabni nasveti v sezoni oz. primeru respiratornih oz. črevesnih okužb, npr.: *higiena rok!; *omejevanje obiskov, cepljenje proti rotavirusom)</p> <p>Odsvetovanje nenujnih voženj z avtomobili in z letali</p> <p>Prehrana doječe matere</p> <p>Posvet o sprehodih</p> <p>Odsvetovanje spanja v trebušni legi (NNSD)</p>
2. mesec	Motorični razvoj	
	Čustveni razvoj	Komunikacija z otrokom, »handling« Prepoznavanje čustev in joka
	Preprečevanje poškodb	Drobni predmeti
	Dojenje in prehrana otroka in družine	Pomen polnega dojenja, možni zapleti ob dojenju, ritem dojenja – spanja, poporodne stiske in vprašanja, povezana z odločitvami o dojenju, uporaba mlečnih pripravkov
	Ostalo	<p>Nega otroka</p> <p>Pogovor o pomenu cepljenja, splošno (brošura o cepljenju)- skupinsko srečanje</p>
3. mesec	Motorični razvoj	Stimulacija v trebušnem položaju, Kenguru
	Čustveni razvoj	Prepoznavanje čustev in joka
	Preprečevanje poškodb	Zadužitve - predmeti, igrače, posteljica Opekline, padci
	Dojenje in prehrana otroka in družine	
	Ostalo	<p>Prvo cepljenje, na kratko nekaj praktičnih pojasnil o cepljenju proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, hemofilusu influence in otroški paralizi , ter nasveti, kako ravnati v primeru pojava neželenih učinkov po cepljenju</p> <p>Higiena zob</p> <p>Spodbujanje motoričnega razvoja (aktivacija prijema, vzpodbujanje simetrije...)</p>

6. mesec	Motorični razvoj	Prostor na tleh, ne pasivnega posedanja, ne hojice
	Čustveni razvoj	Ločitveni strah kot razvojna faza, spoznavanje in prepoznavanje novih čustvenih odzivov pri otroku, normalizacija ločitvenega strahu
	Preprečevanje poškodb	Avtomobilski sedež, padci s stola, vozička, (ne)uporaba hojice, preprečiti možnost dostopa otroku do čistil, zdravil, zaščita balkona, stopnic, nižjih oken
	Dojenje in prehrana otroka in družine	Pomen dojenja v kombinaciji z mešano pestro prehrano, prehod na pestro mešano prehrano; ustrezna izbira in priprava hrane (sveže pripravljena, ne industrijska hrana) ter določena pazljivost (ev. alergije) in nevarnost zadušitve s hrano (lešniki, arašidi),
	Ostalo	Izbira igrač Posvet o oblačenju Posvet o problemih s spanjem, ki lahko nastopijo ob razvojnih mejnikih Pomen bioritma
9. mesec	Motorični razvoj	Pomen in spodbujanje gibanja
	Čustveni razvoj	Ločitveni strah kot razvojna faza, spoznavanje in prepoznavanje novih čustvenih odzivov pri otroku, normalizacija ločitvenega strahu
	Preprečevanje poškodb	Zadušitve s hrano, zastrupitve
	Dojenje in prehrana otroka in družine	Razgovor o razmerju med dojenjem in ostalo hrano, posvet z mamo, ki želi postopno ukiniti dojenje in z mamo, ki želi dojenje nadaljevati, navajanje na grizenje in žvečenje
	Ostalo	Škodljivi učinki pasivnega kajenja za zdravje otroka s poudarkom na najpogostejših obolenjih otrok; ukrepi za zmanjševanje izpostavljenosti otroka; pomen družine za preprečevanje rabe psihoaktivnih snovi (vključno s prepovedanimi drogami) pri otroku (zgled) Pomen ustaljenega ritma dnevnih aktivnosti, prehrane, spanja. Odsvetovanje telesne kazni kot vzgojnega ukrepa. Nasvet o vzgoji Posvet o obliki varstva otroka po končanem porodnem dopustu
12. mesec	Motorični razvoj	Spodbujanje gibanja, hoje, predvsem v naravi
	Čustveni razvoj	Spodbujanje govora Navodila o premagovanju ločitvenega strahu pred vstopom v vrtec

	Preprečevanje poškodb	Utopitve doma, opekline doma – prt, štedilnik, kad, nevarnosti v okolici
	Dojenje in prehrana otroka in družine	Pomen uravnotežene prehrane z vključevanjem živil iz vseh skupin živil, pomen prehrane bogate s sadjem in zelenjavo, hranilno bogata hrana – pomen energijske in hranilne gostote, odsvetovana živila (živila z visokim deležem sladkorja in/ali maščob ter soli in aditivov), navajanje na samostojno hranjenje
	Ostalo	Na kratko nekaj praktičnih pojasnil o cepljenju proti ošpicam, mumpsu in rdečkam Svetovanje o preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni v kolektivu in ravnanja v primeru prehladnih in črvesnih nalezljivih bolezni, ter boleznim proti katerim cepimo - GRADIVO
18. mesec	Motorični razvoj	Spodbujanje gibanja
	Čustveni razvoj	Spodbujanje govora
	Preprečevanje poškodb	Zastrupitve, padci – okno, balkon, stopnice
	Prehrana otroka in družine	Svetovanje glede dojenja Pomen uravnotežene prehrane z vključevanjem živil iz vseh skupin živil, pomen prehrane bogate s sadjem in zelenjavo, hranilno bogata hrana – pomen energijske in hranilne gostote, odsvetovana živila (živila z visokim deležem sladkorja in/ali maščob ter soli in aditivov), vpliv marketinga na otroke
	Ostalo	Navajanje na kahlico (začetne informacije) Postavljanje meja Odsvetovanje gledanja TV, spodbujanje aktivnega življenjskega sloga družine Odsvetovanje praznovanja rojstnih dnevov v lokalih
3. leto	Motorični razvoj	Samostojnost pri oblačenju, pomen gibanja
	Čustveni razvoj	Spoznavanje in prepoznavanje novih čustvenih odzivov pri otroku – trma, postavljanje meja, vztrajanje pri določenih vzgojnih načelih, navajanje na delovne navade Pomen druženja z vrstniki Pomen dobrih družinskih odnosov, skupnega druženja
	Preprečevanje poškodb	Avtomobilski sedež – jahač, uporaba čelade pri kolesarjih in rolerjih Utopitve v naravi

	Prehrana otroka in družine	Pomen uravnotežene prehrane z vključevanjem živil iz vseh skupin živil, pomen prehrane bogate s sadjem in zelenjavo, hranilno bogata hrana – pomen energijske in hranilne gostote, odsvetovana živila (živila z visokim deležem sladkorja in/ali maščob ter soli in aditivov), vpliv marketinga na otroke
	Ostalo	Preprečevanje okužb oz. nalezljivih bolezni – pravilno umivanje rok in brisanje nosu (otroci), higiena kašljanja lahko tudi pri 5. letih Varstvo pred NB oz. okužbami v naravi (ustrezna zaščita pred klopi, pravilno ravnanje ob stiku z domačimi in divjimi živalmi), lahko tudi pri 5. letih Uporaba mobilnih telefonov
5. leto	Motorični razvoj	Gibanje
	Čustveni razvoj	
	Preprečevanje poškodb	Otrok – pešec, sedež – jahač, padci – igrala, kolo, rolanje, okno, balkon, folija na okno
	Prehrana otroka in družine	Pomen uravnotežene prehrane z vključevanjem živil iz vseh skupin živil, pomen prehrane bogate s sadjem in zelenjavo, hranilno bogata hrana – pomen energijske in hranilne gostote, odsvetovana živila (živila z visokim deležem sladkorja in/ali maščob ter soli in aditivov), vpliv marketinga na otroke
	Ostalo	Odločitev o všolanju Spodbujanje zdravega načina življenja (nove obremenitve, zajtrkovanje, interesne dejavnosti, šolska torba in delovni prostor) Svetovanje o uporabi računalnika in gledanju TV Nekaj praktičnih pojasnil o cepljenju proti hepatitisu B in ev. cepljenju proti ošpicam, mumpsu in rdečkam

Šolsko obdobje

a) osnovna šola

Razred	Vsebina	Ključni poudarki
1. triada (1.-3. razred)	Zdrav način življenja	Spodbujanje zdravja načina življenja (nove obremenitve, zajtrkovanje, interesne dejavnosti, počitek in spanje, šolska torba in delovni prostor) Varstvo pred okužbami oz. NB doma (skrb za ustrezno higieno-umivanje rok, varna priprava hrane)
	Prehrana šolarja	Pomen spodbujanja rednega uživanja vseh priporočenih obrokov s poudarkom na rednem uživanju zajtrka, pomen uravnotežene prehrane z vključevanjem živil iz vseh skupin živil, odsvetovana živila (živila z visokim deležem sladkorja in/ali maščob ter soli, aditivov, brezalkoholnih pijač), pomen prehranjevanja v družini, pomen rednega uživanja ustreznih tekočin. Šolska prehrana, kultura prehranjevanja
	Gibanje	Pomen gibanja za razvoj in zdravje otrok, osnovna priporočila in motivacija za gibanje, ponudba raznolikih dejavnosti
	Duševno zdravje	Dobro počutje (individualne in skupinske potrebe): pravila, meje, gradnja skupine, izražanje in sprejemanje čustev, učenje dobre komunikacije (poslušanje, pogovarjanje), socialni cilji - medsebojna pomoč, empatija, razvjenost. Pomoč pri učenju, motivacija za učenje. Obvladovanje agresivnih čustev.
	Prosti čas	Pomen vsakodnevnega prostega časa za otroka, razporejanje obveznosti – oblikovanje dnevnega urnika, izbira kakovostnih dejavnosti v prostem času (dejavno oziroma aktivno preživljanje proti sedečemu oziroma pasivnemu), prepoznavanje negativnega vpliva prenatrpanosti z različnimi dejavnostmi na otroka, pomen strukturiranih proti nestrukturiranim dejavnostim. Varstvo pred NB oz. okužbami v naravi (ustrezna zaščita pred klopi, pravilno ravnanje ob stiku z domačimi in divjimi živalmi) Osnovno o cepljenju (3. razred), ter o davici, tetanusu in oslovskem kašlju, proti katerim so cepljeni v tem obdobju

2. triada (4.-6. razred)	Gibanje	Pomen gibanja za razvoj in zdravje otrok, osnovna priporočila (koliko časa, intenzivnost, katere vrste) in motivacija za gibanje, ponudba raznolikih dejavnosti
	Psihoaktivne snovi	Pomen vzgoje v času odraščanja za preprečevanje rabe različnih psihoaktivnih snovi (tobak, alkohol, marihuana, hlapila, zdravila), spodbujanje pozitivne samopodobe in socialnih spretnosti pri otroku (zakaj reči ne), pomen pozitivnega, dobrega počutja: ustrezen način zadovoljevanja fizičnih, psihičnih in socialnih potreb, zdrav način življenja in zdrave izbire, utrjevanje občutka povezanosti s šolo in sošolci
	Preprečevanje poškodb	Kolesarjenje, rolanje (čelada), skoki v vodo
	Duševno zdravje	Vzgoja za medije, pretirana uporaba računalnika, socialne veščine, prijateljstvo (priljubljenost, nepriljubljenost med vrstniki), sprejemanje drugačnosti, obvladovanje stresa, učne navade, samopodoba, sprejemanje svojega telesa, motnje hranjenja, odraščanje
	Prehrana	Potrebe po hranljivih snoveh in energiji, potrebni za rast, razvoj in opravljanje življenjskih funkcij, priporočila zdrave prehrane, posledice neustrezne (prekomerne ali prerevne) prehrane, razumevanje označevanj na živilih (prehranski profili, deklaracija), prepoznavanje škodljivega učinka marketinga na otroke. Šolska prehrana, kultura prehranjevanja Varna priprava hrane, pravilno obnašanje v kuhinji (lahko v sklopu gospodinjstva)
	Spolnost	Odraščanje; značilnosti telesnega, duševnega in socialnega dozorevanja s poudarkom na telesnih spremembah, medosebni odnosi Osnovne informacije o cepljenju proti HPV (6. razred oz. v tisti starosti, za katero bo cepljenje uvedeno)
	Varstvo pred sevanji	izpostavljenost sevanjem zaradi uporabe elektronskih naprav

3. triada (7.-9. razred)	Psihoaktivne snovi nekajenje in neuporaba prepovedanih drog	Pomen vzgoje v času odraščanja za preprečevanje rabe različnih psihoaktivnih snovi, s poudarkom na koristih nekajenja in neuporabe prepovedanih drog spodbujanje pozitivne samopodobe in socialnih spretnosti pri otroku, pomen pozitivnega, dobrega počutja: ustrezen način zadovoljevanja fizičnih, psihičnih in socialnih potreb, zdrav način življenja in zdrave izbire
	Duševno zdravje	Obvladovanje stresa, postavljanje ciljev in meja, osmišljanje, vrstniški pritisk, reševanje konfliktov, vrstniška mediacija, razvijanje samokritičnosti, vzgoja za medije, računalnik, identiteta, zdrava telesna samopodoba, sprejemanje telesnih sprememb, postavljanje ciljev in osmišljanje častnih aktivnosti
	Gibanje	Pomenu redne telesne dejavnosti za zdravje, prikaz koristi redne telesne dejavnosti za zdravje, prikaz osnovnih priporočil, prikaz različnih možnosti gibanja, ki koristijo zdravju
	Spolnost	Zdrava in varna spolnost, medsebojni odnosi, enakopravnost med spoloma, strpnost do drugačnosti, pravica o odločanju o svojem telesu, spolno nasilje in spolne zlorabe, dejavniki tveganja (neznanje, neinformiranost, odločanje za spolni odnos, odgovornost, alkohol...), izbira primerne kontracepcijske metode (informacije, prednosti in slabosti, demonstracija uporabe...), spolno prenosljive bolezni-osnovno (v šoli) (preprečevanje, prepoznavanje, zdravljenje), oblike pomoči (anonimne svetovalne tel. linije, spletne strani...), strokovna pomoč; vloga ginekološkega dispanzerja (ogled).
	Nove tehnologije in zdravje	Potencialne nevarnosti zaradi sevanj, ki jih prinaša uporaba novih tehnologij; preventivno ravnanje ter odgovorna uporaba takih naprav

Šolsko obdobje

a) srednja šola

Razred	Vsebina	Ključni poudarki/cilji
1. – 4. letnik	Psihoaktivne snovi	Škodljiva raba psihoaktivnih snovi s poudarkom na prepovedanih drogah, kratko- in dolgoročne zdravstvene in socialne posledice škodljive rabe psihoaktivnih snovi, osveščanje o tem, kako najti pomoč zase in za svoje vrstnike v primeru zasvojenosti, poudarjanje pozitivne samopodobe in razvijanje različnih socialnih spretnosti
	Prehrana, telesna teža, gibanje	Osnovne informacije o telesni teži, odstopanjih od normalne telesne teže, pravilno branje tabel o ITM, spodbujanje razmišljanja o telesni teži in samopodobi, škodljive posledice hujšanja, shujševalnih diet, pretirane hranjenosti ipd., psihološki dejavniki prehranjevanja, psihosocialni pomen telesne dejavnosti, fiziologija prehrane, prehrana športnika
	Duševno zdravje	Stres, soočanje z novimi obremenitvami, učenje učenja, zdrava zabava, kako pomen in ohranjanje psiho-fizične kondicije, stres pred izpiti, maturo, obremenitvami
	Zdrava zabava	Izpostavitve »zdrave« zabave: poškodbe, alkohol... , seznanjanje z zdravimi načini preživljanja prostega časa, upiranje vrstniškemu pritisku, konstruktivno obvladovanje novih stresov in obremenitev Iskanje lastne identitete (kdo sem, kaj želim postati - sposobnosti, interesi)
	Spolnost	Preprečevanje spolno prenosljivih okužb (preprečevanje, prepoznavanje, zdravljenje) in neželenih nosečnosti; izbira primerne kontracepcije-že vključeno v delavnico »Za zdravo in varno spolnost«
	Nalezljive bolezni	Cepljenje proti tetanusu oz. davici in tetanusu, osnovne informacije o bolezni in cepivu Ev. kot del poklicnega usmerjanja-predstavitve poklicev in nalezljivih bolezni, ki jih lahko ogrožajo, ter potrebna oz. priporočena cepljenja
	Varstvo pred sevanji	Potencialne nevarnosti zaradi sevanj, ki jih prinaša uporaba novih tehnologij; ozaveščanje o škodljivi čezmerni izpostavljenosti sončni svetlobi in priporočila o omejevanju uporabe solarijev; načelo previdnosti v praksi

5. Ogrodje za doseganje ciljev

V nadaljevanju je predstavljen model vključevanja ključnih vsebin vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike ter njihove starše. Pri tem so upoštevana vsa predhodno opredeljena dejstva glede vsebinskih sklopov, ključne ciljne populacije in izvajalcev. Za vse programe predvidevamo izdelavo priročnika/navodil za izvajalce, izdelanimi delavnicami ali tipskimi urami za slušatelje ter (do)usposabljanje za izvajalce delavnic. Poleg osnovnega znanja o določenem področju bo izobraževanje vključevalo tudi seznanitev z vsebinami duševnega zdravja in vsebin komuniciranja s ključnimi ciljnimi skupinami (npr. z mladimi).

Vzgoja za zdravo starševstvo

Predvidevamo izdelavo celovitega programa in poenotenje standardov vzgoje za zdravje za nosečnice in njihove partnerje oz. spremljevalce. Šola za starše zajema tako vsebine za zdravo nosečnost, starševstvo kot tudi pripravo na porod in prihod novega družinskega člana. Ker v Sloveniji potekajo šole za starše v ne-enotni obliki, organizaciji in vsebinski zasnovi, je poenotenje aktualno. Akcijski načrt predvideva strokovno podporo, implementacijo in diseminacijo programov. Programi bodo zasnovani, tako, da bodo hkrati zadovoljili potrebe po celoviti informiranosti ter kvalitetni pripravi na porod in starševstvo, hkrati pa bo šola za starše prostor vzgoje in izobraževanja o pomembnih zdravstvenih vsebinah, ki imata dokazano kratkoročne in dolgoročne učinke za starše in otroke. Vzgoja za zdravo starševstvo je ena od temeljnih elementov vzgoje za zdravje. Programi bodo celostni, saj bodo imeli določen okvirni obseg dejavnosti, vsebino in metodologijo, obenem pa bo program vseboval tudi didaktično gradivo za izvajalce in uporabnike storitve. Izvajalci bodo ustrezno (do)usposobljeni tako za samo izvajanje kot tudi evalviranje in spremljanje.

Ker pa šole za starše obiskuje omejeno število nosečnic in partnerjev pa je potrebno zagotoviti tudi druge oblike/programe vzgoje za zdravo starševstvo oz. programe, ki bodo namenjeni določni skupini nosečnic (posebej ogrožene nosečnice, nosečnice z zdravstvenimi tveganji, mladostnice, socioekonomsko ogrožene nosečnice, nosečnice, uporabnice prepovedanih drog ali partnerice uporabnika prepovedanih drog...).

Vzgoja za zdravje v predšolskem obdobju

Vzgoja za zdravje je pomembna dejavni skrbi za družino in v družini ter kot nadaljevanje vzgoje za zdravje v obdobju nosečnosti. Vsebine, ki so ključne za to obdobje se morajo dotikati širšega zdravega načina življenja in morajo obsegati vse ravni zdravja. Ciljne skupine v primeru predšolskega obdobja so poleg otrok tudi starši, stari starši, vzgojitelji in varuhi v vrtcih ter zdravstveni delavci in socialni delavci.

Vzgoja za zdravje v tem obdobju je veliko bolj individualna kot v drugih obdobjih, vendar tudi skupinska dinamika doprinese k boljšemu razumevanju, informiranju in izobraževanju o zdravju.

Vzgoja za zdravje v predšolskem obdobju ima lahko kratkotrajne in dolgotrajne pozitivne učinke na zdravje otrok, staršev oz. celotne družine. Namenjena je staršem in njihovim otrokom z dodatnimi programi za posebej ogrožene posameznike (npr. socialnoekonomsko ogroženi, kronično bolni, s specifičnimi tveganji...). Obenem v programe vzgoje za zdravje vključujemo tudi vzgojitelje in varuhe v vrtcih.

Program predvideva izdelavo celovitega programa vzgoje za zdravje za predšolsko obdobje. Predvideva se individualna vzgoja za zdravje za tista starostna obdobje, kjer se izvajajo redni sistematični pregledi otrok in dve skupinski srečanja v starosti otrok 2. in 10. mesecev (v starosti 2. mesecev poteka skupinska vzgoja za zdravje ob namenskem pregledu otroka). Programi bodo celostni, saj bodo imeli določen okvirni obseg dejavnosti, vsebino in metodologijo, obenem pa bo program vseboval tudi didaktično gradivo za izvajalce in uporabnike storitve. Izvajalci bodo ustrezno (do)usposobljeni tako za samo izvajanje kot tudi evalviranje in spremljanje.

Poseben sklop vzgoje za zdravje bo vseboval tudi izobraževanje za vzgojitelje in varuhe v vrtcih.

Vzgoja za zdravje za šolske otroke in mladostnike

Vzgoja za zdravje in promocija zdravja se lahko izvaja v različnih okoljih, od zdravstvenih domov, šol, lokalne skupnosti, domačega okolja ipd. Katere vsebine se izvajajo v določenih okoljih, je odvisno od različnih dejavnikov. Akcijski načrt opredeljuje osnovne ravni izvajanja vzgoje za zdravje: izvajanje vzgoje za zdravje v zdravstvenem domu (ob preventivnih pregledih) in izvajanje vzgoje za zdravje v šoli, kjer pa lahko dejavnosti izvajajo zdravstveni delavci ali pedagoški delavci oz. svetovalna služba na šoli. Šola je eden pomembnejših podpornih okolij pri vzgoji za zdravje in promociji zdravja otrok in mladostnikov. Otroci obiskujejo šolo v pomembnem obdobju otroštva in adolescence. Izvajanje vzgoje za zdravje v šoli omogoča, da preidemo iz podajanja informacij in osveščanja do razvijanja akcijske kompetence pri mladih. Izvajanje vzgoje za zdravje v zdravstvenih ustanovah prinaša prednosti predvsem pri vsebinah, za katere so kot izvajalci zdravstveni delavci bolj kompetentni in usposobljeni. Ob enem pa sami mladostniki želijo slišati določene vsebine od zdravstvenih delavcev (npr. spolna vzgoja, zobozdravstvena vzgoja...).

Večino otrok in mladostnikov lahko zajamemo preko omenjenih oblik dela v zdravstvenem domu ali v šoli. Nekateri pa zaradi različnih razlogov izpadejo iz sistema ali pa sama vsebina in ciljna populacija zahteva drugačno obliko dela (npr. osipniki, ob prvem obisku ginekološke ambulante, kronično bolni...).

6. Implementacijski model vključevanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike

Vzgoja za zdravo starševstvo

Zdravstveno varstvo (šola za starše, ZV v ginekoloških ambulantah)	Delovna organizacija	Domače okolje, lokalna skupnost
--	----------------------	------------------------------------

Predšolski otroci in njihovi starši

Zdravstveno varstvo (ZV ob preventivnih pregledih in drugih oblikah)	Vrtec	Domače okolje, lokalna skupnost
--	-------	------------------------------------

Šolski otroci in mladostniki

Zdravstveno varstvo (ZV ob preventivnih pregledih in drugih oblikah, npr. zobozdravstvena vzgoja, ginekološke ambulante, šolski dispanzerji)	Šola			Domače okolje, lokalna skupnost
	ZV izvaja zdravstveni delavec v šoli	ZV izvaja šola		
Za učence		Za učitelje	Za starše	
Od 1.-9. razreda srednješolci	Od 1.-9. razreda srednješolci	Od 1.-9. razreda srednješolci		

7. Primer izvajanja vzgoje za zdravje za šolske otroke in mladostnike z vsebinami

V nadaljevanju je predstavljen model vključevanja vzgoje za zdravje za šolske otroke in mladino od 1. razreda osnovne šole do zaključka srednje šole. Prvi stolpec predvideva izvajanje vzgoje za zdravje v okviru sistematskih pregledov. Namen tega dela je informirati in motivirati otroke in mladostnike, njihove starše ter pedagoške delavce k aktivni skrbi za svoje zdravje in zdravje otrok. Vzgoja za zdravje je prilagojena glede na to ali je sistematski pregled individualen skupaj s starši (1. in 3. razred) ali skupinski (vsi ostali). Vsebine so se oblikovale glede na aktualno problematiko in otrokov razvoj. Drugi stolpec predvideva vzgojo za zdravje, ki jo izvaja zdravstveni delavec v šoli po dogovoru s šolo. Dejavnosti vzgoje za zdravje izvajajo zdravstveni delavci, ki so usposobljeni za delo z mladimi.

Razred	Vzgoja za zdravje ob sistematskem pregledu	Vzgoja za zdravje v šoli s strani zdravstvenih delavcev
1. razred	Zdrav način življenja	
2. razred		Zdrav način življenja* (varstvo pred NB oz. okužbami doma in v naravi)
3. razred	Preživljanje prostega časa (varstvo pred NB v naravi-ustrezna zaščita pred klopi, pravilno ravnanje ob stiku z domačimi ali divjimi živalmi)	
4. razred		Psihoaktivne snovi
5. razred		Psihoaktivne snovi
6. razred	Odraščanje (ozaveščanje o pomenu cepljenja proti HPV, vezano na starostno skupino, kjer bo to cepljenje uvedeno)	
7. razred		Obvladovanje stresa
8. razred	Gibam se	
9. razred		Spolnost mladostnikov (SPO osnovno)
1. letnik	Telesna teža	
2. letnik		Zdrava zabava*
3. letnik	Za varno in zdravo spolnost	

Poleg omenjene oblike izvajanja se mora vzgoja za zdravje izvajati tudi v drugačnih oblikah in metodah dela, kot na primer: vsebine vzgoje za zdravje za pedagoške delavce (v obliki predavanj, delavnic, pedagoške konference...), starši (tematske razredne ure...) in učence (sodelovanje pri naravoslovnih dneh, medpredmetni povezavi...). Zdravstveni delavec pripravlja poleg skupinske zdravstvene vzgoje tudi individualno svetovanje pri razreševanju zdravstvenovzgojne problematike na šoli. Sodeluje pri pripravi učnega načrta vzgoje za zdravje na šoli.

8. Izdelani programi za izvajanje vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih

1. razred

Zdrav način življenja prvošolca

Vstop v šolo spremeni otrokovo življenje in njegove obremenitve postanejo večje. Vzgoja za zdravje ob 1. sistematskem pregledu je namenjena svetovanju staršem o nekaterih pomembnih vidikih zdravega načina življenja otroka ob vstopu v šolo.

Ciljna populacija: starši otrok, ki vstopajo v šolo in vstopniki

Metoda dela: individualni pogovor s starši, otroci prejmejo pobarvanko Zajčkova pot v šolo

Cilji: spodbuditi razmišljanje o zdravem načinu življenja ob vstopu v šolo na različnih področjih, varne poti v šolo, prehrane, gibanja, šolske torbe...

3. razred

Preživljanje prostega časa

Dejavno preživljanje prostega časa je zdravstveno vzgojni program, ki je namenjen učencem 3.razreda OŠ in njihovim staršem. Izvaja se v obliki individualne zdravstvene vzgoje ob sistematskem pregledu. Program je zasnovan v obliki kratke zdravstveno vzgojne informacije za starše oz. skrbnike in otroka, pri tem je otroku namenjen tudi zdravstveno vzgojni material na temo dejavnega preživljanja prostega časa.

Metode dela: Individualno delo s pomočjo zdravstveno vzgojnega materiala in podajanje zdravstveno vzgojne informacije s strani medicinske sestre otroku in spremljajočemu staršu.

Cilji: spodbujanje otrok in staršev k izbiri kakovostnih dejavnosti v prostem času (dejavno oziroma aktivno preživljanje proti sedečemu oziroma pasivnemu), prepoznavanje negativnega vpliva prenatrpanosti z različnimi dejavnostmi na otroka, pomen strukturiranih proti nestrukturiranim dejavnostim.

6. razred

Odraščanje

V tem starostnem obdobju mladostniki čutijo že številne telesne in duševne spremembe, ki jih begajo in vzbujajo občutke negotovosti. Pri zdravstveni vzgoji v tem starostnem obdobju jih želimo pripraviti na obdobje telesnega in spolnega zorenja in jim s strani zdravstvenega osebja podati potrebne informacije, kot so menstruacija pri dekletih, nočni izlivi pri fantih, medosebni odnosi, težave odraščanja, razlike med fanti in dekleti...

Metode dela: predavanja, odgovarjanje na vprašanja, skupinska diskusija

Cilji: mladostnike pripraviti na obdobje odraščanja in sprememb, mladostnike informirati o telesnem, duševnem in socialnem dozoevanju, mladostnike informirati o osnovah fiziologije in razlik med spoloma, vzpodbujanje pogovora o spolnosti in boljše komunikacije in boljših medosebnih odnosov med spoloma.

8. razred

Gibam se

Cilj programa je ozavestiti celo generacijo mladostnikov, starih 13 let, z znanjem o pomembnosti redne telesne dejavnosti za zdravje ter jih spodbuditi k pogostejši telesni aktivnosti.

Poudarek je na osveščanju mladih o pomenu redne telesne dejavnosti za zdravje, prikazu koristi redne telesne dejavnosti za zdravje, prikazu osnovnih priporočil, prikazu različnih možnosti gibanja, ki koristijo zdravju.

Program vključuje dva vsebinska sklopa: delo v čakalnici ter skupinski pogovor.

Skupinski pogovor, ki ga vodi medicinska sestra vsebuje tri sklope: pogovor o pravih odgovorih na vprašalnik, skupno obravnavo enega od ponujenih primerov načina preživljanja prostega časa mladih, individualno delo mladih na oceni trenutnega obsega telesne dejavnosti ter ciljev za mesec dni naprej.

1. letnik srednje šole

Telesna teža

Pri sistematskem pregledu v 1. letnika srednje šole naj bi dijake seznanili o pomenu telesne teže za dobro počutje in zdravje. To znanje bi mladostniki uporabili pri spopadanju s preveliko ali prenizko telesno težo, kajti problem pri mladostniku je lahko ali previsoka ali prenizka telesna teža. Telesna teža pa je, kot vemo, za mladostnika zelo pomembna. Nekateri telesno težo povezujejo celo s srečo in z uspehom v življenju, četudi o tej neposredni zvezi težko govorimo.

Prav pri skupinskem delu bi dijaki z diskusijo spoznali pomen telesne teže, ki vpliva na naše zdravje in počutje. Če se ne počutimo nerodnega, neokretnega ali telesno šibkega in se pri tem še dobro počutimo, to že pomeni, da gotovo nismo daleč od normalne telesne teže.

V čakalnici mladi prejmejo knjižico »Telesna teža za mladostnika«, ki jo preberejo in o tem diskutirajo, nato pa odgovarjajo na vprašanja o obravnavani temi.

Metode in oblike dela: predavanja, izpolnjevanje vprašalnika, delo v skupinah, skupinska diskusija.

3. letnik srednje šole

Za zdravo in varno spolnost

Namen zdravstveno vzgojnega programa za zdravo in varno ljubezen je varovanje in krepitev reproduktivnega zdravja mladih.

Cilj programa je spodbujanje humanih in partnerskih odnosov med spoloma ter preprečevanje neželenih nosečnosti in spolno prenosljivih bolezni.

Metode dela: Skupinska zdravstvena vzgoja ob sistematskem pregledu. Izvajajo jo medicinske sestre v zdravstvenem domu v obliki predavanja, odgovorov na vprašanja in skupinske diskusije.

9. Spremljanje in evalvacija programov

Del vsakega programa vzgoje za zdravje je tudi spremljanje in evaviranje.

Poznamo več oblik evalvacije. Tudi pred začetkom planiranja akcijskega načrta vzgoje za zdravje smo naredili evalvacijo, kjer smo pregledovali, kje smo, kaj se v Sloveniji že dogaja na to temo, evalvirali so nekatere programe. Ta začetna evalvacija se imenuje formativna oz. diagnostična. Vsak program potem evalviramo glede na to, kaj želimo izvedeti o samem programu. Če nas zanima kako sam program poteka, opravimo procesno evalvacijo. Tu evalviramo, če program poteka v skladu z zastavljenimi cilji. Evalvacija učinka oz. vpliva programov in ukrepov pride v poštev takrat, kadar nas zanima ali smo s programom dosegli zastavljene cilje oz. vplivali na problem, na informiranje, prepričanje in vedenje. Z evalvacijo učinkovitosti pa ugotavljamo, kako dobro je program uspel pri doseganju ciljev.

Namen evalvacije je ovrednotiti uspešnost oz. učinkovitost programov, vplivati na njihovo kvaliteto in širše razumevanje zdravstvenih problemov in programov. Razlogi, zakaj je evalvacija v promociji zdravja tako pomembna, so zunanji in notranji. Zunanji vzroki so povezani s tem, da zdravstvene oblasti oz. financerji želijo imeti dokaze o upravičenosti finančnih vložkov in tudi kritiki promocije zdravja so skeptični glede njene učinkovitosti. Notranji/interni vzroki pa so povezani s tem, da izvajalci promocije zdravja skozi evalvacijo lahko prikažejo vrednost svojega dela (uspešnost in učinkovitost) ter hkrati izboljšajo kvaliteto izvedbe, ukrepov in programov.

Evalvacija v celostnem smislu je sistematična študija programa oz. intervencije z namenom pridobitve znanja, ki ga lahko različni deležniki programa (vpleteni) uporabijo za različne namene, pri tem je treba upoštevati načela znanstvenega raziskovanja.

Za potrebe zagotavljanja preglednosti in uspešnosti akcijskega načrta vzgoje za zdravje in samih programov znotraj tega smo predvideli tudi spremljanje in evalvacijo. Vsak program, ki je že izdelan za izvajanje vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih ima predvidene vprašalnike za izvajalce (procesna evalvacija), za udeležence (evalvacija učinka). Vsi programu se in se bodo tudi v bodoče spremljali tudi preko nacionalne zbirke podatkov o izvajanju zdravstvene vzgoje v zdravstvenih ustanovah (ZV evidence).

Obdobno pa bomo pripravljali tudi bolj poglobljene in ciljne raziskave.

7. LITERATURA

1. WHO. Strategic Directions for Improving the Health and development of Children and Adolescents. WHO, Geneva, Switzerland, 2003.
2. Konvencija Unicef <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>
3. World Health Organization. Adolescent Health & Development. Pridobljeno 24. 6. 2009 s spletne strani http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html
4. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
5. Leatherman S, McCarthy D. Quality of Health Care for Children and Adolescents: A Chartbook. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2004.
6. World Health Organization. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
7. WHO Europe. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006.
8. National Research Council and Institute of Medicine. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. Executive Summary. Committee on Evaluation of Children's Health. Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
9. Hull D. Children's Health. The Health of the Nation: response. BMJ 1991;303:4514-6.
10. The Health of children and adolescents in WHO'S European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC53/R7); Pridobljeno: 19. 1. 2009 s spletne strani http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925_3
11. WHO Europe. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
12. Johnson RL. Pathways to Adolescent Health: Early Intervention. Journal of Adolescent Health 2002;31:240-50.
13. Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The Expanding Role of the Pediatrician in Improving Child Health in the 21st Century. Pediatrics 2005, 115(4):1124-8.
14. Brčar P: Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Inštitut za varovanje zdravja RS (daljša oblika neobjavljena). V skrajšani obliki objavljeno v knjigi Andreja Črnak – Meglič. Otroci in mladina v prehodni družbi. Analiza položaja v Sloveniji. Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej, 2005.
15. World Health Organization, Regional Office for Europe. Atlas of Health in Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2003.
16. Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stikovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Psihiatrična klinika Ljubljana; Ljubljana: Littera Picta, 1998.
17. World Health Organization. Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
18. Spencer N. Social, Economic, and Political Determinants of Child Health. Pediatrics 2003;112:704-6.
19. Strategy for child and adolescent health and development.. Geneva, WHO, 2003 (Fifty-sixth World Health Assembly WHA 56.21, Agenda item 14.7; dostopno na URL: <http://www.emro.who.int/CAH/pdf/WHA56.pdf> Pridobljeno: 19. 1. 2009.

20. Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13) Official Journal of the European Union L301/3/20.11.2007
21. Schor EL. Rethinking Well-Child Care. *Pediatrics* 2004;114(1):210-216.
22. Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. *Pediatrics* 2006; 118(4):1692-1702.
23. Scottish Executive. Health for all children 4:Guidance on Implementation in Scotland. Edinburgh, Scotland: Scottish Executive, 2005. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/37432/0011167.pdf>
24. Wicklander MK. The United Kingdom National Healthy School Standard: A Framework for Strengthening the School Nurse Role. *Journal of School Nursing* 2005;21(3):132-8.
25. Denehy J. Health education. An Important Role for School Nurse. *Journal of School Nursing* 2001;17(5):233-8.
26. Elliman DA. Health for all children: a programme for health promotion. *British Journal of Hospital Medicine* 1996;56(6):291-4.
27. Hall D. Delivering preventive care in preschool children. *Practitioner*. 2004 Dec;248(1665):900, 904-6, 908.
28. Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of Disease in Childhood* 2006;91:730-5.
29. Moyer VA, Butler M. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. *Pediatrics* 2004;114(6):1511-21.
30. Dinkevich E, Hupert J, Moyer V. Evidence based well child care. *BMJ* 2001;323:846-9.
31. Schuster MA. Well-Child Care. Quality of care for children and adolescents: A review of selected clinical conditions and quality indicators. Edited by McGlynn et al. Santa Monica, California, 2004 Pridobljeno 3. 4. 2009 s spletne strani http://books.google.si/books?id=c1BxmWNzkdoC&printsec=frontcover&dq=Schuster+Well+child+care&source=gbs_summary_s&cad=0
32. Bremberg S. Health promotion in school age children. *Scandinavian Journal of Public Health* 1998;26:81-4.
33. Declaration of Alma-Ata, 1978. Pridobljeno 5. 5. 2009 s spletne strani http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf
34. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Pridobljeno 5. 5. 2009 s spletne strani <http://www.hph-hc.cc/concepts.php>
35. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1998. Pridobljeno 5. 5. 2009 s spletne strani <http://www.hph-hc.cc/concepts.php>
36. The Bangkok Charter for health Promotion in a Globalized world, 2005. Pridobljeno 5. 5. 2009 s spletne strani <http://www.hph-hc.cc/concepts.php>
37. World Health Organization. School Health and Youth Health Promotion. Pridobljeno 30. 4. 2009 s spletne strani http://www.who.int/school_youth_health/en/
38. Frankenburg WK. Rethinking Well-Child Care. *Letters to the Editor*. *Pediatrics* 2004;114(6):1736-7.
39. American Medical Association. Guidelines for Adolescent Preventive Services. Recommendations Monograph. Chicago, Illinois, American Medical Association, 1997.
40. American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Steering Committee. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics* 2007; 120:1376.
41. American Academy of Pediatrics. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics, 2008.

42. Zuckerman B, Stevens GD, Inkelas M, Halfon N. Prevalence and Correlates of High-Quality Basic Pediatric Preventive Care. *Pediatrics* 2004;114(6):1522-9.
43. Chung PJ, Lee TC, Morrison JL, Schuster MA. Preventive care for children in the United States: quality and barriers. *Annual Reviews in Public Health* 2006;27:491-515 (abstrakt).
44. Coker t, Casalino LP, Alexander GC, Lantos J. Should Our Well-Child Care System Be Redesigned? A National Survey of Pediatricians. *Pediatrics* 2006;118:1852-7.
45. Brener ND, Wheeler L, Wolfe LC, Vernon-Smiley M, Caldart-Olson L. Health Services: Results From the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health* 2007;77(8):464-85.
46. Council on School Health. Role of the School Nurse in providing School Health Services. *Pediatrics* 2008;121:1052-6.
47. National Association of School Nurses. Issue Brief: School Health Nursing Services Role in Health Care: Role of the School Nurse. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses; 2002. Pridobljeno 29. 4. 2009 s spletne strani: <http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=279>
48. Committee on Comprehensive School Health Programs in Grades K-12, Institute of Medicine. Schools and Health: Our Nation's Investment. Executive Summary. National Academy of Sciences, 1997. Pridobljeno 29. 4. 2009 s spletne strani http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=5153
49. US Preventive Service Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2008. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
50. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. Revision 6.8., January 2009. American Academy of Family Physicians, 2009.
51. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Preventive Services for Children and Adolescent. IOM, 2008. Pridobljeno 20. 2. 2009 s spletne strani http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html
52. Vuorenkoski L. Health System Review: Finland. *Health Systems in Transition* 2008;10(4). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
53. Ministry of Social Affairs and Health. Health Care in Finland. Helsinki, Finland: Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health, 2004.
54. Ministry of Social Affairs and Health. High-quality services for maternity and children's health care. Pridobljeno 21. 4. 2009 s spletne strani <http://finland.fi/netcomm/news/showarticle.asp?intNWSAID=25735>
55. Valimaa R, Kannas L, Lahtinen E, Peltonen H, Tynjala J, Villberg J. Finland: innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Socioeconomic determinants of health. 2007. Pridobljeno 3. 4. 2009 s spletne strani http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_16
56. Ministry of Social Affairs and Health. Child Health Clinics in support of families with children. A guide for staff. Helsinki 2004. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani <http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>
57. Lauri S. Health Promotion in Child and Family Health Care: The Role of Finnish Public Health Nurses. *Public Health Nursing* 1994;11(1):32-7.
58. Bremberg S. Evidence-based interventions in school health services. In: Meeting Youth Friendly Health and Policies 21.-23. September 2009 (predavanje).
59. Ministry of Social Affairs and Health. Quality Recommendation for School Health Care. Helsinki 2004. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani <http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf>
60. Ministry of Social Affairs and Health. Handbook on health care during studies. Helsinki 2004. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani <http://pre20090115.stm.fi/pr1156321555057/passthru.pdf>

61. Glengard AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
62. Bremberg S. Quality of evidence for the present Swedish child health surveillance programme. Acta Paediatrica Supplement 2000;434:8-11.
63. Kornfalt R. Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. Acta Paediatrica Supplement 2000;434:2-7.
64. Sundelin C, Hakansson A. The importance of the Child Health Services to the health of children. Acta Paediatrica Supplement 2000;434:76-79.
65. Bremberg S. Health Promotion at Swedish Health Centres. Acta Paediatrica Supplement 2000;434:53-56.
66. Department of Health. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Pridobljeno 21. 4. 2009 s spletne strani http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4868696
67. Department of Health, Department for children, schools and families. The Child Health Promotion Programme: Pregnancy and the first five years of life. London, UK: DH Publications Orderline, 2008. Pridobljeno 21. 4. 2009 s spletne strani http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083645
68. Department of Health, Department for children, schools and families. Healthy lives, brighter futures: The strategy for children and young people's health. London, UK: DH Publications Orderline, 2009. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani <http://publications.everychildmatters.gov.uk/eOrderingDownload/285374a.pdf>
69. Lightfoot J, Bines W. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. Journal of Public Health Medicine 2000;22(1):74-80.
70. Hall DMB. School nursing: past, present and future. Archives of Diseases in Childhood 1999;81:181-184.
71. Department for Children, Schools and Families. Every Child Matters: Change For Children: School Nurses. Pridobljeno 21. 4. 2009 s spletne strani <http://www.everychildmatters.gov.uk/health/schoolnurses/>
72. NHS Careers. School Nursing. Pridobljeno 24. 4. 2009 s spletne strani <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=912>
73. Department of Health, Social Services and Public Safety. Guidance & Principles of Practice for Professional Staff: Health for all children. October 2006. Pridobljeno 22. 4. 2009 s spletne strani http://www.dhsspsni.gov.uk/guidance_and_principals_of_practice_for_professional_staff.pdf
74. Borup IK. School health services in Denmark. A case story (draft) In: Meeting Youth Friendly Health Services and Policies, Edinburgh, 21-23 September 2009.
75. Department of Health, Government of Western Australia. Family Health. Pridobljeno 29. 4. 2009 s spletne strani http://www.health.wa.gov.au/services/category.cfm?Topic_ID=6
76. WHO Europe. European strategy for child and adolescent health and development: From Resolution to action 2005 – 2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
77. Stewart - Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network Report, March 2006. Pridobljeno 29. 4. 2009 s spletne strani <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf> .
78. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000.

79. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.
80. Werch CE. Health Behavior Interventions. MedscapeCME, 2008. Pridobljeno 20. 2. 2009 s spletne strani <http://cme.medscape.com/viewarticle/574142>
81. Elster A. Promoting Healthy Adolescent Development: The View Through a Half-Full Looking Glass. MedscapeCME, 2008. Pridobljeno 20. 2. 2009 s spletne strani <http://cme.medscape.com/viewarticle/575415>
82. Duncan PM al. Inspiring Healthy Adolescent Choices: A Rationale for and Guide to Strength Promotion in Primary Care. Journal of Adolescent Health 2007;41:525-35.
83. Clark JM, Maben J. Health promotion in primary health care nursing: the development of quality indicators. Health Education Journal 1999;58:99-119.
84. SURS. Prebivalstvo Slovenije na dan 30. junij 2009. Statistične informacije 14. december 2009, št. 42. Pridobljeno s spletne strani 16.12. 2009 <http://www.stat.si/doc/statinf/05-SI-007-0902.pdf>
85. Brčar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Zbornik Posveta Z in Za otroke in mladostnike. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
86. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. UL RS št. 19/ 12. 3. 1998.
87. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. UL RS št. 33/ 12. 4. 2002.
88. ZZZS. Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 30.11.2006. Občasnik ZZZS Akti & Navodila št. 2, 7. maj 2007.
89. ZZZS. Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 30.11.2007. Občasnik ZZZS Akti & Navodila št. 1, 28. marec 2008.
90. ZZZS. Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 30.11.2008. Občasnik ZZZS Akti & Navodila št. 2, 25. marec 2009.
91. ZZZS. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2008. Občasnik ZZZS Akti & Navodila št. 3, 30. oktober 2008
92. ZZZS. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2007. Pridobljeno 29.12. 2009 s spletne strani <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/0EAF7424C05D8230C12574BA00298B33?OpenDocument>
93. Inštitut za varovanje zdravja RS. Zdravstveni statistični letopis 2005.
94. Inštitut za varovanje zdravja RS. Zdravstveni statistični letopis 2006.
95. Inštitut za varovanje zdravja RS. Zdravstveni statistični letopis 2007.
96. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006. Dostopno na (22.1.2008): [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/a74ca8857b42ef9bc12572b90030b9de/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202006_11.04.2007.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/a74ca8857b42ef9bc12572b90030b9de/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202006_11.04.2007.pdf)
97. Koprivnikar H. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v primarnem zdravstvu. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008. Pridobljeno 13. 5. 2009 s spletne strani http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1752-VZZ_ZA_OTROKE_IN_MLADOSTNIKE_V_PRIMARNEM_ZDRAVSTVU.pdf